

RE-RESERVATÓRIO ILEAL PÉLVICO - RECONSTRUÇÃO E REANASTOMOSE DE RESERVATÓRIO ILEAL APÓS INSUCESSO DA PRIMEIRA CIRURGIA

JUVENAL RICARDO NAVARRO GÓES, TSBCP
JOÃO JOSÉ FAGUNDES, TSBCP
CLÁUDIO SADOY RODRIGUES COY, FSBCP
MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO, FSBCP
RAUL RAPOSO DE MEDEIROS, TSBCP

GÓES JRN, FAGUNDES JJ, COY CSR, AYRIZONO MLSS, MEDEIROS RR - Re-reservatório ileal pélvico - Reconstrução e reanastomose de reservatório ileal após insucesso da primeira cirurgia. *Rev bras Colo-Proct*, 1997; 17(2): 117-121

RESUMO: Apesar da evolução técnica observada e do ganho de experiência com a cirurgia dos reservatórios ileais pélvicos, persiste ainda elevada morbidade associada ao procedimento. Com isso, alguns pacientes tenderão a perder seus reservatórios devido à má função ou à presença de complicações graves. Esta necessidade de remoção definitiva do reservatório tem sido, felizmente, pouco freqüente e reoperações com tentativas de se recuperar a função têm sido propostas. Este artigo relata três pacientes portadores de reservatórios ileais desfuncionalizados e que foram reoperados, com excisão seguida de reconstrução e reanastomose de novo reservatório ileal. Os resultados observados confirmam a expectativa de função satisfatória com morbidade pós-operatória reduzida.

UNITERMOS: reservatório ileal retocolite ulcerativa; polipose familiar

Reservatórios ileais pélvicos vêm sendo utilizados como tratamento cirúrgico de escolha no restabelecimento da continuidade intestinal após proctocolectomia no tratamento da retocolite ulcerativa (RCU) e casos selecionados de polipose adenomatosa familiar (PAF). Apesar da experiência crescente com a técnica, pode-se considerar este procedimento tecnicamente difícil, rico em detalhes e, ainda, relacionado a complicações precoce e tardia elevadas, que podem inclusive levar ao insucesso e à ileostomia definitiva.⁽²²⁾

Departamento de Cirurgia, Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo, Grupo de Coloproctologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

Reoperações especificamente relacionadas a complicações do reservatório e à anastomose ileoanal têm como causas principais a sepse local, formação de fístulas, diagnóstico tardio de doença de Crohn e resultados funcionais insatisfatórios^(1,5,11,16,19,20), sendo mais freqüentes nos dois primeiros anos de pós-operatório^(5,16,22). Esta morbidade elevada e a função insatisfatória podem levar ao insucesso da operação, com excisão do reservatório e criação de ileostomia definitiva em freqüência que tem variado de 1,9% a 9.5% e foi, obviamente, mais freqüente nas séries iniciais^(1,3,5,16,19,21,22,24,26,27). (Tabela 1)

Como tem sido demonstrado, reservatórios ileais com complicações e distúrbios funcionais graves podem e devem ser reoperados, com resultados bastante animadores. O objetivo deste artigo é apresentar a experiência com três pacientes que foram reoperados visando a preservação funcional de reservatórios que apresentaram complicações, precoces ou tardias, e que levaram à disfunção.

RELATO DOS CASOS

Caso 1. L.P.A., 27 anos, sexo masculino, portador de PAF, foi submetido a proctocolectomia em fevereiro/92, com confecção de reservatório ileal em forma de "S", de 12 cm de maior eixo e com ramo ileal eferente de 2 cm, protegido por ileostomia em alça. Por ocasião da cirurgia, constatou-se mesentério do íleo terminal muito curto e, mesmo após manobras de alongamento do mesentério, inclusive com ligaduras das arcadas vasculares secundárias, o reservatório somente alcançou o canal anal com tensão acima do desejável. O paciente evoluiu com sinais indiretos de isquemia parcial do reservatório, com eliminação de mucosa necrótica no 5º dia pós-operatório, seguido de sepse com saída de material purulento pelo canal anal. Mais tarde se constatou desgarro da anastomose e retração do remanescente do reservatório. Manteve-se com ileostomia derivativa até o desaparecimento da sepse sendo então iniciadas dilatações digitais visando manter-se a elasticidade do canal anal. Constatada a impossibilidade de se preservar o reservatório ileal, este foi removido e o segmento constituído pelo ramo eferente da ileostomia

até o nível viável do reservatório foi exteriorizado como fístula mucosa na região suprapúbica.

O paciente apresentou boa evolução, com recuperação completa de seu estado nutricional e em janeiro/96 foi submetido a nova laparotomia, constatando-se então as boas condições para refazer-se o reservatório e nova anastomose ileoanal. A fístula mucosa foi desfeita, o mesentério foi novamente liberado e foram feitas novas ligaduras de arcadas vasculares secundárias. O reservatório foi constituído em forma de J, utilizando-se suturas mecânicas, em região de íleo correspondente ao ramo eferente da ileostomia. A preparação do canal anal necessitou dilatações forçadas com velas de Hegar nº 26, com sangramento moderado, controlado com tamponamento. O reservatório foi abaixado até o canal anal com relativa facilidade, sem tensão, com a anastomose sendo feita manualmente ao nível da linha pectínea, com Vicryl 3.0, em pontos separados. Nova ileostomia de proteção foi estabelecida e o paciente apresentou evolução pós-operatória sem intercorrências. A ileostomia foi fechada em março/96 evoluindo desde então com 4 a 6 evacuações por dia e 2 a 4 durante a noite. A continência diurna é normal, mas usa forros protetores para dormir. Está bastante satisfeito com a cirurgia.

Caso 2. J.C.R., 47 anos, sexo masculino, portador de RCU, com 20 anos de história, foi submetido em junho de 1993 a proctocolectomia total e reservatório ileal em dupla câmara, de 14 cm de maior eixo e anastomose ileoanal do tipo látero-terminal, protegido por ileostomia. Constatou-se à laparotomia ser o mesentério do íleo terminal muito curto e excessivamente gorduroso, dificultando inclusive a visualização dos vasos sangüíneos das arcadas secundárias, tendo também fossa pélvica estreita e afunilada. Manobras de alongamento do mesentério não foram suficientes e o abaixamento foi muito dificultado pela desproporção entre o diâmetro do reservatório e a pelve, resultando em anastomose ileoanal com tensão acima do normal.

No 3º dia pós-operatório apresentou sangramento moderado via anal e no 7º dia de pós-operatório, eliminação de mucosa ileal de aspecto necrótico. Evoluiu com sepsis pélvica durante três meses e com sua diminuição, iniciaram-se as dilatações digitais e instrumentais do canal anal. No 6º mês de pós-operatório diagnosticou-se, através de estudo contrastado, estenose tubular da parte distal decorrente da necrose e retração do reservatório (Figura 1), apesar de se manterem preservadas a elasticidade do canal anal e a capacidade de contração voluntária esfinteriana. Após longa preparação, que inclui redução do peso de cerca de 20 kg, o paciente foi submetido a nova laparotomia, com remoção de seu reservatório seguido de dilatações forçadas na transição do canal anal e a parte fibrosada do remanescente necrótico do reservatório, com velas de Hegar nº 26. Após liberação da ileostomia e de ressecção da parte necrótica do reservatório, passou-se à mobilização extensa possível das fixações mesentéricas e a preparação da nova arcada nutridora. Foi construído reservatório em J, de 12 cm de maior eixo, com a nova anastomose protegida por ileostomia, no

mesmo local da anterior. A evolução pós-operatória se deu sem intercorrências e o paciente teve sua ileostomia fechada em agosto de 1996. O paciente se encontra no 5º mês pós-fechamento da ileostomia, evacua em média 4 vezes por dia e de 2 a 3 vezes por noite. Refere continência normal durante o dia e à noite, necessitando eventualmente o uso de forros protetores por precaução. Apesar de muitas queixas iniciais, com assaduras da região perianal e sensação de queimação importante em canal anal, atualmente se encontra em melhores condições, satisfeito com a operação, tendo já voltado ao trabalho.



Fig. 1. Estudo radiográfico contrastado de reservatório ileal com isquemia de sua porção distal evoluindo para estenose tubular.

Caso 3. VLR, 27 anos, sexo feminino, portadora de RCU, teve reservatório ileal construído em 1985, em forma de S, utilizando-se alças ileais de 12 cm e ramo eferente de 3 cm, com mucosectomia por via perineal, de 5 cm de extensão. Evoluiu bem, mas após quatro anos de pós-operatório, notou progressiva dificuldade para evacuação necessitando uso ocasional de catéter. Foi internada em duas ocasiões com quadro clínico de "pouchitis" e ultimamente passou a apresentar safda de material fecalóide por via vaginal. Com a piora progressiva da função e existência da fístula reservatório-vaginal, em julho de 1996 optou-se pela remoção do reservatório, que se mostrava bastante dilatado (Figura 2),

seguido da confecção de outro em forma de J, com 12 cm de maior eixo e anastomosado manualmente ao canal anal com proteção por ileostomia. A paciente evoluiu sem intercorrências e teve sua ileostomia fechada no 2º mês de pós-operatório. A paciente está agora no 4º mês pós-fechamento da ileostomia, apresenta de 4 a 6 evacuações por dia e uma ou duas evacuações noturnas, com continência normal durante o dia e necessidade de usar forros protetores durante a noite. As evacuações são espontâneas e não mais refere saída de material fecalóide pela vagina, estando a paciente bastante satisfeita com a operação.

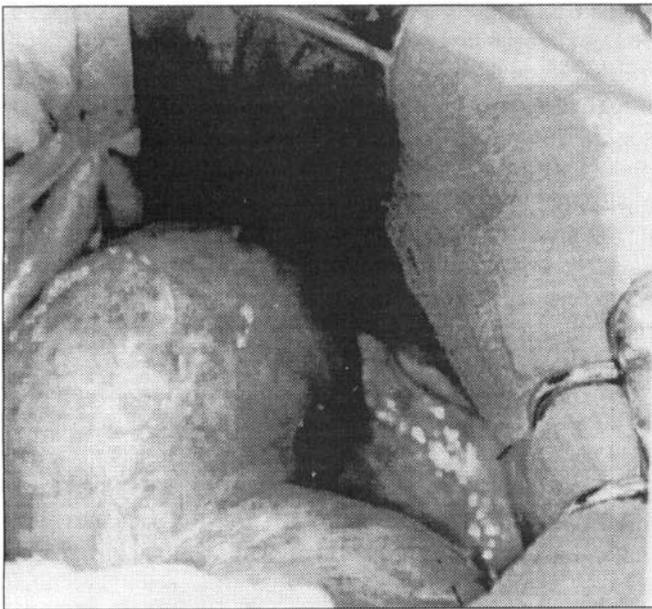


Fig. 2. Aspecto intra-operatório de reservatório ileal, em forma de S, com dilatação devido à evacuação espontânea insuficiente.

DISCUSSÃO

Os bons resultados verificados no pós-operatório da cirurgia de reservatório ileal anastomosado ao canal anal têm proporcionado aos pacientes boa qualidade de vida, superior ao que os pacientes referiam na fase de portadores da doença ou durante o período em que se encontravam ileostomizados. Mas a ocorrência de complicações que afetem a anastomose entre o reservatório e o canal anal podem comprometer definitivamente a função esfinteriana e resultar na excisão do reservatório.

Apesar de tecnicamente difícil, muito pode ser feito na tentativa de se melhorar esta função e mesmo salvar-se o reservatório ileal, a anastomose com o canal anal e com isso preserva-se a continuidade intestinal fisiológica. A reabordagem da pelve pode ser bastante trabalhosa, assim como a preparação da nova arcada vascular nutridora do reservatório. A viabilidade dessa reintervenção foi inicialmente proposta por Pearl et al⁽¹⁸⁾, em 1985, quando publicaram o primeiro abaixamento de reservatório ileal feito 24 anos depois de proctocolectomia com preservação do canal anal e ileostomia, que se entendeu na época como sendo definitiva. Recentemente o mesmo grupo⁽⁴⁾ apresentou os resulta-

dos desta tentativa de abaixamentos tardios em 10 pacientes, com resultados bastante satisfatórios, semelhante aos verificados naqueles feitos concomitantemente à proctocolectomia.

Readmissões hospitalares e reoperações em pacientes portadores de reservatórios ileais pélvicos têm sido frequentemente relatadas. Setti-Carraro et al⁽²²⁾, revendo a experiência de 15 anos com a técnica dos reservatórios ileais do St. Marks' Hospital, verificou 68% de readmissões hospitalares e ocorreram 152 reoperações com um total de 44 laparotomias para o tratamento de complicações. Galandiuk et al⁽⁷⁾, em análise da casuística da Mayo Clinic, mostrou que reoperações foram necessárias em 12% dos pacientes, sendo que destes, em 11% as cirurgias foram indicadas para se realizar modificações para a melhora funcional.

A perda do reservatório devido à má função é, no entanto, pouco freqüente. Foley et al⁽⁵⁾, analisando causas de reoperações e de instalação de nova ileostomia de proteção, observaram que a ocorrência de maus resultados funcionais representou apenas 1% dos pacientes reoperados e destes apenas 1,1% perderam seus reservatórios.

A ocorrência de má função pós-operatória do reservatório ileal pode ser devida a variadas causas, como o tamanho do reservatório, ramo ileal eferente longo, estenose da anastomose ileoanal, comprometimento da integridade do aparelho esfinteriano (preexistente ou não), presença de septo residual pós-anastomoses mecânicas, ileíte do reservatório ("pouchitis"), doença de Crohn.^(1,3,5,6,9,10,14,17,25) Com isso, os pacientes irão apresentar dificuldades para conseguir evacuação espontânea e completa, limitação na continência, elevada freqüência de evacuações, fistulizações, sepse crônica e, conseqüentemente, qualidade de vida insatisfatória.

Outras complicações podem levar ao insucesso da anastomose reservatório-canal anal, sendo as mais graves a deiscência da anastomose e retração do reservatório devido à isquemia, além da sepse pélvica e formação de fístulas.

A deiscência parcial ou completa da anastomose ileoanal poderá ocasionar a retração do reservatório ileal como observado nos pacientes 1 e 2. A existência de ileostomia derivativa pode prevenir sepse grave, mas a estenose tubular, o enrijecimento do canal anal e a substituição do epitélio normal por tecido cicatricial podem levar à disfunção esfinteriana e, daí, à incontinência e/ou ocorrência de evacuação obstruída. Como causas principais dessa retração estão a mobilização insuficiente da região do íleo terminal e da raiz dos vasos mesentéricos superiores e a preparação inadequada das arcadas vasculares para o suprimento sangüíneo do reservatório ileal, já em posição pélvica. A conseqüência será a tensão excessiva na anastomose reservatório-anal, associada a isquemia e sepse, condições básicas para a ocorrência da deiscência da anastomose e retração do reservatório. É, portanto, da maior importância que a mobilização da região do íleo terminal possibilite à região correspondente à boca anastomótica do reservatório ultrapassar em pelo menos 6 cm a sínfise púbica, sem tração excessiva, o que permitirá anastomose reservatório-anal sem dificuldades e livre de tensão.⁽²³⁾ Essas verificações devem ser feitas antes de se

iniciar a colectomia total, uma vez que a arcada vascular do cólon direito poderá ser usada como suprimento sanguíneo adicional ao reservatório ileal, caso algumas ligaduras adicionais no mesentério do íleo terminal sejam necessárias para seu alongamento, o que poria em risco sua viabilidade.⁽⁸⁾ É preciso que as boas condições de perfusão sanguínea sejam asseguradas, pela constatação da pulsação das arcadas vasculares.

Retração do reservatório e evolução para estenose do canal reservatório-anal é indicação de se manter sua perviabilidade através de dilatações instrumentais. Desde que presente, a estenose extensa e de difícil instrumentalização, com exame manométrico indicando a não recuperação funcional do canal anal, a remoção do reservatório está indicada, com sua reconstrução e reanastomose ao canal anal, protegida por ileostomia. Este procedimento deverá ser retardado o suficiente para que ocorra regressão de sepse local, mas não tardiamente demais, quando o processo cicatricial poderá dificultar a abordagem cirúrgica e comprometer mais seriamente a função.

Apesar de pouco freqüente, alguns pacientes apresentam mesentério da região do íleo terminal bastante curto, com tecido adiposo espesso ou ainda retrações cicatriciais de cirurgias anteriores. Tais situações podem oferecer dificuldades ou mesmo impedimento para a preparação das arcadas vasculares para o abaixamento endoanal seguro do reservatório e, desta forma, ocasionar o abandono do procedimento.⁽²⁾ Manobras mal sucedidas de alongamento do mesentério podem também levar à isquemia do reservatório, impedindo com isso completar-se a anastomose ileoanal. Lindquist e Liljeqvist⁽⁵⁾, em comunicação pessoal a Chun et al⁽²⁾, relataram alternativas para estas intercorrências, como a exteriorização do reservatório isquêmico na parede abdominal, protegido por ileostomia proximal em um paciente. Este paciente permaneceu com parte da parede abdominal aberta, para se acompanhar a viabilidade do reservatório. Seguiu-se o fechamento da parede abdominal e posteriormente o abaixamento foi possível, sem dificuldades. Relataram ainda outros quatro pacientes com mesentério excessivamente curto, nos quais realizaram anastomose ileoanal direta apenas objetivando preservar o espaço através da pelve e canal anal. Mais tarde, os reservatórios foram construídos em todos os casos e os abaixamentos foram possíveis sem dificuldades. Hultén et al⁽¹²⁾, pelas mesmas razões, fizeram inicialmente ileostomia continente à maneira de Kock, seguido mais tarde da anastomose desse reservatório com o canal anal. Chun et al⁽²⁾ têm observado que existe um alongamento do intestino e de suas arcadas vasculares quando apenas ileostomia ou ileorretostomia são realizadas. Esta constatação tem possibilitado a realização posterior de reservatório ileal anastomosado ao canal anal, com certa facilidade. Este fato foi confirmado na condução dos pacientes 1 e 2, submetidos a ressecções tardias de reservatórios com seqüela de isquemia e desfuncionalizados.

A formação de fístula reservatório-vaginal é complicação relativamente freqüente⁽²⁷⁾, sendo algumas vezes de difícil condução podendo, porém, evoluir para cura espontaneamente.⁽¹³⁾

Pode ocorrer devido trauma intra-operatório à parede posterior de vagina durante a mobilização retal, iatrogenia do uso de anastomoses mecânicas, deiscência parcial de sutura ou isquemia localizada do reservatório e sepse pélvica. Tardiamente pode ocorrer por trauma local em pacientes que necessitam entubações com sondas, por falta de evacuações espontâneas completas, ou ainda como consequência de evolução de doença de Crohn diagnosticada *a posteriori*. O tratamento é na maioria das vezes local, com fechamento dos orifícios do reservatório e da parede vaginal e interposição dos feixes do músculo puborretal, eventualmente protegido por ileostomia. Trajetos mais distais e superficiais podem ser tratados de maneira convencional, com realização de fistulotomias imediatas, ou tardias com a utilização de "setons".

Abordagem abdominal para o tratamento da fístula reservatório-vaginal é pouco usada pois mesmo fístulas altas podem ser tratadas por via perineal. Contudo, a via abdominal é a melhor opção nos casos mais graves, com associação de distúrbio da capacidade de evacuação, como no caso da paciente 3. Nesta eventualidade, a remoção do reservatório e sua reconstrução utilizando o reservatório em forma de J representou a melhor solução por ser este desenho o que apresenta melhor capacidade de evacuação.

A incidência de "pouchitis" tem variado bastante (7 a 44%), principalmente porque não se tem uma definição uniformemente aceita^(1,3,5,6,10). Apesar de poder ser considerada como complicação incapacitante e levar à excisão do reservatório em incidência ao redor dos 2% dos pacientes^(1,24,26), em algumas séries este tipo de procedimento não foi necessário^(5,16). No caso da paciente 3, que era portadora de reservatório em S, de tamanho grande e ramo eferente longo, além de necessitar entubações para evacuações do reservatório (e possivelmente como consequência disso) apresentou também dois episódios de "pouchitis" graves, com necessidade de internações hospitalares. Entretanto, nesta paciente, a indicação principal para a reintervenção foi a evacuação insatisfatória do reservatório e a existência da fístula reservatório-vaginal.

Em conclusão, reservatórios ileais com má função ou na vigência de complicações graves, podem necessitar excisão cirúrgica. Medidas mais agressivas, como a remoção e reconstrução de novo reservatório e reanastomose ao canal anal, devem, entretanto, ser sempre cogitadas antes de se definir pela sua excisão e criação de ileostomias definitivas, uma vez que resultados animadores têm sido relatados.

SUMMARY - Notwithstanding the technical evolution seen and the gains in experience with the surgery of the pelvic ileal reservoirs, there still remains a high morbidity associated with the procedure. Because of this, some patients will tend to lose their reservoirs due to malfunction or to the presence of serious complications. Fortunately, this need for the definitive removal of the reservoir has been unfrequent and new operations to recover the function have been proposed. This article lists three patients bearing dysfunctional ileal reservoirs and who were submitted to a new operation, with exclusion followed by reconstruction and reanastomosis of a new ileal reservoir.

REFERÊNCIAS

1. Becker JM. Ileal pouch-anal anastomosis: current status and controversies. *Surgery* 1993; 113:509-602.
2. Chun HK, Smith LE, Orkin BA. Intraoperative reasons for abandoning ileal pouch-anal anastomosis procedures. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 273-5.
3. Dozois RR, Goldberg SM, Rothenberger DA, et al. Symposium: restorative proctocolectomy with ileal reservoir. *Int J Colorectal Dis* 1986; 1:2-19.
4. Fongler SA, Nelson RL, Pearl RK, Abcarian H, Orsay CP. Pull-through procedures performed months to years after permanent proctectomy. *Dis Colon Rectum*; 38:294-6.
5. Foley EF, Schoetz DJ, Roberts PL et al. Rediversion after ileal pouch-anal anastomosis. Causes of failures and predictors of subsequent pouch salvage. *Dis Colon Rectum* 1995; 8:793-8.
6. Folkansrud EW. Endorectal ileoanal anastomosis with isoperistaltic ileal reservoir after colectomy and mucosal proctectomy. *Ann Surg* 1984; 199:151-7.
7. Galandiuk S, Scott NA, Dozois RR et al. Ileal pouch-anal anastomosis reoperation for pouch related complications. *Ann Surg* 1990; 212:446-54.
8. Goes RN, Nguyen P, Huang D, Beart RW Jr. Lengthening of the mesentery using the marginal vascular arcade of the right colon as the blood supply to the ileal pouch. *Dis Colon Rectum* 1995; 8:893-5.
9. Goes R, Beart RW Jr. Physiology of ileal pouch-anal anastomosis. Current concepts. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:996-1005.
10. Habr-Gama A, Teixeira MG, Brunetti-Netto C, Souza AHS Jr, Alves PRA, Pinotti HW. Restorative proctocolectomy with ileoanal J pouch anastomosis for treatment of ulcerative colitis. *Arq Bras Cir Dig* 1992; 7:72-8.
11. Hyman NH, Fazio VW, Tuckson WB, Lavery JC. Consequences of ileal pouch-anal anastomosis for Crohn's colitis. *Dis Colon Rectum* 1991; 4:653-7.
12. Hultén L, Fasth S, Nordgren S, Oresland T. Kock's pouch converted to a pelvic pouch: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1988; 38:467-9.
13. Kiss DR, Vilarino TC, Almeida MG. Tratamento cirúrgico da retocolite ulcerativa 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; 11:131-41.
14. Liljeqvist L, Lindquist K. A reconstructive operation on malfunctioning S-shaped pelvic reservoirs. *Dis Colon Rectum* 1985; 28:506-11.
15. Lindquist K, Liljeqvist L. Comunicação pessoal. Citado por Chun et al.
16. McMullen K, Hicks TC, Ray JE, Gathright B, Timmcke AE. Complication associated with ileal pouch-anal anastomosis. *World J Surg* 1991;5:763-7.
17. Nicholls RJ, Gilbert JM. Surgical correction of the efferent ileal limb for disordered defecation following restorative proctocolectomy with the S ileal reservoir. *Br J Surg* 1990; 77:152-4.
18. Pearl R, Nelson R, Prasad M, Abcarian H. Ileoanal anastomosis 24 years after total proctectomy for ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1985; 28:180-2.
19. Pemberton JH, Kelly KA, Beart RW Jr, Dozois RR, Wolff BG, Ilstrup DM. Ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. Long-term results. *Ann Surg* 1987; 206:504-13.
20. Sagar PM, Dozois RR, Wolff BG. Long-term results of ileal pouch-anal anastomosis in patients with Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1996; 39:893-8.
21. Schoetz DJ, Collier JA, Veidenheimer MC. Can the pouch be saved? *Dis Colon Rectum* 1988; 31:671-5.
22. Setti-Carraro, P, Ritchie JK, Wilkinson KH, Nicholls RJ. The first 10 years' experience of restorative proctocolectomy for ulcerative colitis. *Br J Surg* 1994; 81:1070-5.
23. Smith L, Friend WG, Medwell SJ. The superior mesenteric artery: the critical factor in the pouch pull-through procedure. *Dis Colon Rectum* 1984; 27:741-4.
24. Stahlberg D, Gullberg K, Liljeqvist L, Hellers G, Lofberg R. Pouchitis following pelvic pouch operation for ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1996; 39:1012-8.
25. Thompson JS, Quigley EMM. Anal sphincteroplasty for incontinence after ileal pouch-anal anastomosis. Report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:215-8.
26. Vasilevsky CA, Rothenberger DA, Goldberg SM. The ileal S pouch-anal anastomosis. *World J Surg* 1990; 159:178-185.

Endereço para correspondência:

Dr. J. Ricardo N. Góes
Rua Antônio Augusto de Almeida 37
Cidade Universitária 13084-070
Campinas, SP
Telefax - (019)239-3014