

---

# ILEOSTOMIA CONTINENTE - RELATO DE QUATRO CASOS

GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA - TSBCP  
PAULO FIGUEIREDO BARRETO NETO - TSBCP  
FÁBIO LUIZ CHAVES NOSSA - FSBCP  
JOSÉ HYPPÓLITO DA SILVA - TSBCP

---

FORMIGA GJS, BARRETO NETO PF, NOSSA FLC & SILVA JH.  
Ileostomia continente - Relato de quatro casos. *Rev bras Colo-Proct*,  
1998; 18(1): 34-36

**RESUMO:** Os autores relatam três casos de ileostomia continente definitiva, realizadas em dois pacientes portadores de doença inflamatória intestinal e em um doente com polipose adenomatosa familiar e pólipos degenerados no reto. Um caso de ileostomia continente temporária foi feito em paciente com doença inflamatória intestinal. A técnica utilizada de ileostomia continente preserva o esfíncter íleo-cecal e uma pequena borda circular de parede cecal exteriorizados. O débito ileal, na primeira semana de pós-operatório, não ultrapassou 410 ml/dia. Concluem que a ileostomia continente, seja definitiva ou temporária, é um procedimento de utilidade, em casos selecionados, quando se deseja manter um controle eficaz do efluente intestinal.

**UNITERMOS:** ileostomia; ileostomia definitiva; ileostomia temporária; proctocolectomia total

---

## CASUÍSTICA

Três doentes, acometidos por doença inflamatória intestinal e um com polipose adenomatosa familiar e pólipos degenerados no reto, foram operados no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital Heliópolis, de São Paulo - SP, durante o período de dezembro de 1994 a maio de 1997.

### Caso 1

M.D.S., 53 anos, feminina, negra, admitida em 1994, com procidência de colostomia exteriorizada com 30 cm. Anteriormente, fora submetida a proctocolectomia parcial com colostomia terminal em transversal medial, por comprometimento extenso do cólon esquerdo, reto e períneo. Apresentava também múltiplas fístulas na região anorretal e uma retovaginal. O resultado da biópsia feita nas lesões perineais revelou tratar-se de doença de Crohn. Posteriormente, foi realizada a totalização da colectomia, seguida de ileostomia continente definitiva, em virtude de recidiva da procidência da colostomia.

### Caso 2

O.R.S., 61 anos, feminina, negra, internada em 1994, com quadro de retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) em atividade e portadora de colostomia terminal, localizada em hipocôndrio esquerdo. No passado, fora submetida a proctocolectomia parcial, com ressecção inclusive do cólon esquerdo, em consequência de intratabilidade colônica e perineal. Manifestou quadro séptico, com alterações inflamatórias importantes na colostomia e porção distal do cólon, que regrediram com tratamento intensivo, deixando como seqüela fibrose extensa de segmento colônico. Realizada totalização da colectomia e ileostomia continente definitiva.

### Caso 3

A.L.A., 67 anos, masculino, branco, atendido em 1996, com quadro clínico de polipose adenomatosa familiar e lesão polipóide de reto com degeneração carcinomatosa, com comprovação radiológica, colonoscópica e anatomopatológica. Após estadiamento clínico e por meio de exames complementares, foi submetido a proctocolectomia total com ileostomia continente definitiva.

As proctocolectomias totais seguidas de ileostomia são caracterizadas por importantes alterações metabólicas, decorrentes do aumento de velocidade do conteúdo entérico e da redução da área de absorção de líquidos e nutrientes.

Com a finalidade de contornar esses inconvenientes, os autores têm procurado técnicas alternativas na feitura de ileostomias, nas quais o volume líquido exonerado não seja exagerado, e, conseqüentemente, favoreça um pós-operatório no qual a ileostomia não seja um fator complicador, nos distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos dos doentes.

O objetivo deste trabalho é apresentar quatro casos de ileostomia continente, mostrando sua técnica e os seus resultados.

#### Caso 4

R.P.R., 25 anos, masculino, branco, hospitalizado em 1997, com diagnóstico de pancolite grave e intratabilidade clínica. Durante dois meses foi submetido a tratamento clínico e dado suporte nutricional em caráter intensivo, sem obtenção de resultados positivos. Após estadiamento da doença inflamatória e falta de resposta clínica, foi realizada colectomia total com fístula mucosa em terço distal de sigmóide e ileostomia continente provisória, para posterior feitura de bolsa ileal, devido megacólon tóxico em fase inicial.

#### Técnica

1. A operação inicia-se com a liberação do cólon remanescente, juntamente com a colostomia, se houver, ou de todo o cólon.

2. A seguir, faz-se a ligadura vascular entre o ceco e a arcada marginal, com o objetivo de preservar o pedículo terminal da artéria mesentérica superior, segundo técnica proposta por Lázaro da Silva<sup>(6,7)</sup>. Dessa maneira, a vascularização terminal do íleo e a implantação do piloro ileocecal mantém-se íntegras (Fig. 1).

3. Conforme o caso, faz-se a ressecção do cólon remanescente, junto com a colostomia, ou de todo o cólon.

4. A parede cecal é então seccionada, em torno do piloro ileocecal, deixando-se uma borda circular de cerca de 1,5 cm, constituída por todas as camadas.

5. A hemostasia é realizada de maneira rigorosa, em virtude do grande número de vasos nessa região.

6. Após abertura da parede abdominal no flanco direito, passa-se o piloro ileocecal, sendo a fixação realizada por sutura direta entre a pele e a borda cecal.

7. No final, posiciona-se e fixa-se o mesoíleo na parede lateral interna direita do abdome.

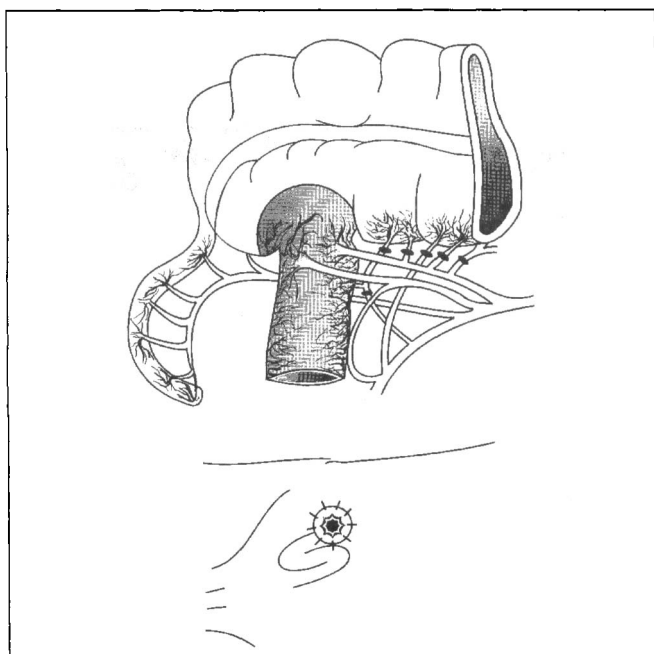


Fig. 1 - Esquema da técnica utilizada, destacando-se as ligaduras vasculares justa-colônicas. Ao lado, o aspecto final.

#### RESULTADOS

A cicatrização processou-se normalmente durante o pós-operatório. Durante a primeira semana, a ileostomia continente apresentou um débito médio de acordo com a Tabela 1. Nas semanas subsequentes, o efluente tornou-se consistente e a ileostomia de fácil adaptação. No seguimento ambulatorial, não foram observadas quaisquer alterações com as ileostomias continentais definitiva ou provisória, como: disfunção, irritação cutânea, estenose, prolapso ou dificuldade de manuseio para os pacientes ou estomatoterapeuta. Esteticamente, os resultados foram considerados excelentes (Fig. 2).



Fig. 2 - Aspecto final da ileostomia continente, notando-se o sulco de separação entre a válvula e a borda cecal.

Tabela 1 - Débito ileal médio da ileostomia continente na primeira semana de pós-operatório.

Pacientes	Volume/dia
Caso 1	380 ml
Caso 2	300 ml
Caso 3	410 ml
Caso 4	390 ml

#### DISCUSSÃO

As ileostomias definitivas sempre constituíram-se em problemas de adaptação para os pacientes e técnicos para os cirurgiões. Desde os trabalhos iniciais sobre ileostomias terminais divulgados em 1952 por Brooke<sup>(1)</sup>, com resultados até certo ponto satisfatórios, diversos cirurgiões tentaram modificações na feitura de ileostomias<sup>(2,6,7,9,10)</sup>. A alteração mais significativa foi proposta por Di Dio<sup>(2)</sup> e Lázaro da Silva<sup>(6,7)</sup>, que propuseram a exteriorização do esfíncter ileocecal na parede abdominal. Diversos autores procuraram recursos para a contenção ileal, com bolsas em U (Kock), S (Parks), J (Utsunomiya), ou em W (Nichols), tanto no abdome como na pelve<sup>(5,12,15,18)</sup>. Outros cirurgiões, como Mattos<sup>(9,10)</sup>, Palma<sup>(13,14)</sup>, e Myrvold<sup>(11)</sup>, realizaram ileostomias continentais, obtendo bons resultados. Formiga e col.<sup>(3)</sup> relataram dois casos de ileostomia continente definitiva com excelentes resultados,

tanto funcionais como estéticos. Manzione<sup>(8)</sup>, em tese de livre-docência, preconizava a construção de uma válvula mucosa ileal como operação complementar à colectomia total com anastomose ileorretal, com a finalidade de evitar os problemas decorrentes da ressecção total do cólon. Safatle e col.<sup>(16)</sup> e Safatle & Almeida<sup>(17)</sup> propuseram a manutenção do íleo terminal, juntamente com o esfíncter ileocecal, nas colectomias que incluem o cólon direito, sobretudo as totais, com o intuito de se respeitar a fisiologia intestinal. Habr-Gama e col.<sup>(4)</sup> estudaram, em trabalho experimental, a contenção magnética nas ileostomias e colostomias, utilizando um dispositivo oclusivo, constituído por fímã e silicone, com resultados iniciais promissores.

Nos nossos casos, as duas primeiras pacientes, acometidas por doença inflamatória intestinal, mantinham parcialmente o cólon e a colostomia terminal bem adaptada, quanto à função. Entretanto, a paciente 1 manifestou sérias dificuldades, quanto à qualidade de vida, devido à proclividade recidivante. A paciente 2 foi hospitalizada com reagudização da RCUI, quadro séptico e extenso acometimento do cólon residual. Ambas foram submetidas a totalização da colectomia e ileostomia continente definitiva. No paciente 3, com polipose adenomatosa familiar e pólipos de reto degenerado, foi realizada proctocolectomia total com ileostomia continente definitiva. Em relação ao paciente 4, também com doença inflamatória intestinal e megacólon tóxico inicial, foi feita colectomia total com ileostomia continente provisória e fístula mucosa em terço inferior da incisão.

O paciente 4, em virtude de fatores como, baixa idade, ausência de lesões degenerativas de reto ou de comprometimento perineal grave e condições técnicas favoráveis, foi o único que possibilitou a manutenção do aparelho esfíncteriano, para posterior realização de bolsa ileal com anastomose ileoanal.

Os resultados obtidos com a técnica utilizada mostraram-se amplamente satisfatórios, tanto no que tange à ausência de morbidade, como no aspecto funcional. De fato, o volume de líquido entérico eliminado, na primeira semana, não ultrapassou a média de 410 ml/dia, o que se compara favoravelmente à perda de 1.000 a 1.500 ml/dia nas ileostomias convencionais. A técnica de ileostomia continente definitiva ou provisória foi indicada após criterioso estudo de opções.

### CONCLUSÕES

A ileostomia continente definitiva, com preservação do esfíncter ileocecal, constitui-se em um procedimento adequado, em complementação à proctocolectomia total, nas formas graves de doenças inflamatórias intestinais com manifestação perineal ou polipose adenomatosa familiar com lesão neoplásica em reto.

A ileostomia continente temporária, com manutenção do esfíncter ileocecal, pode ser utilizada durante o primeiro tempo operatório de colectomia total, para posterior realização de bolsa ileal e anastomose ileoanal.

Os nossos resultados, obtidos na prática clínica, recomendam o uso desta técnica cirúrgica.

### FORMIGA GJS, BARRETO NETO PF, NOSSA FLC & SILVA JH - Continent ileostomy - Report of four cases.

**SUMMARY:** The authors report three cases of patients submitted to definitive continent ileostomy and one case to temporary continent ileostomy. Three of them had inflammatory bowel disease and one had familial adenomatous polyposis. It was used the continent ileostomy technique, keeping the ileocecal sphincter and a small border of cecal wall. The ileal flow in the first week of postoperative does not overflow 410 ml per day. They conclude that the continent ileostomy is useful procedure in selected cases when needed to keep an efficient control of the intestinal effluent.

**KEY WORDS:** ileostomy; definitive ileostomy; temporary ileostomy; total proctocolectomy

### REFERÊNCIAS

1. Brooke BN. The management of an ileostomy including its complications. *Lancet* 1952; 2: 102-104.
2. Di Dio 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.
3. Formiga GJS, Barreto Neto PF, Silva Filho EV, Silva JH. Ileostomia continente - Relato de dois casos. *Rev Bras Colo-Proct* 1995; 15(2): 75-77.
4. Habr-Gama A, Arruda Alves PR, Mello S, Raia A. Contenção magnética nas ileostomias e colostomias. Estudo experimental preliminar. *Rev Ass Med Brasil* 1978; 24: 332-334.
5. Kock NG. Intra-abdominal reservoir in patients with permanent ileostomy: preliminary observation on a procedure resulting in fecal continent in five ileostomy patients. *Arch Surg* 1969; 99: 223-231.
6. Lázaro da Silva A. Ileostomia: alternativas técnicas. *Rev Ass Méd Minas Gerais* 1978; 28: 28-29.
7. Lázaro da Silva A. Ileostomia continente. *Rev Bras Colo-Proct* 1991; 11: 33-35.
8. Manzione A. Válvula ileal na colectomia com anastomose ileorretal. Estudo experimental. Tese de Docência-Livre. Fac Med USP, 1980.
9. 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.
10. Mattos MP, Lázaro da Silva. Study of ileostomy in dogs, functional aspects. optic and scanning electronic microscopy. *Arq Gastroent* 1986; 23: 159-168.
11. Myrvold HE. The continent ileostomy. *World J Surg* 1987; 11: 720-726.
12. Nichols RJ. Restorative proctocolectomy with various types of reservoir. *World J Surg* 1987; 11: 751-762.
13. Palma EC. Simultaneous colostomy and ileostomy. Ileostomy with an autonomically continent sphincter. *World J Surg* 1982; 6: 130-137.
14. Palma EC. Reversible and ileostomy with its sphincter as complementary procedure in surgical treatment of severe intestinal occlusion. *Dig Surg* 1984; 1: 196-199.
15. Parks AG, Nicholls RJ, Belliveau P. Proctocolectomy with ileal reservoir and anastomosis. *Br J Surg* 1980; 67: 533-538.
16. Safatle NF, Spiropulos Jr J, Fernandes JA, Baratela JR, Warde PJ. Avaliação do esfíncter ileal nas colectomias. *Semestre Terap* 1976; 34: 2-12.
17. Safatle NF, Almeida MCR. Anastomose íleo-cólica com preservação de esfíncter ileal: técnica e resultados. *Rev Col Bras Cir* 1984; 11: 153-160.
18. Utsunomyia 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.

### Endereço para correspondência:

Galdino José Sítonio Formiga  
Av. Líbero Badaró, 1.208 - Jd. São Caetano  
09581-610 - São Caetano do Sul - SP