
ESTENOSE DE ANASTOMOSE BOLSA ILEAL - ANAL: TRATAMENTO POR RESSECÇÃO COM USO DE GRAMPEADOR. (RELATO DE CASO)

CLÁUDIO DE OLIVEIRA MATHEUS
TULIO MARCOS R. CUNHA
WILLIAM LUIZ TARTARI
PAULO CESAR LEONARDI - FSBCP
ANTONIO CLÁUDIO DE GODOY - TSBCP
PAULO PIRATININGA JATOBÁ - TSBCP

MATHEUS CO, CUNHA TMR, TARTARI WL, LEONARDI PC, GODOY AC, JATOBÁ PP - Estenose de anastomose bolsa íleo-anal: tratamento por ressecção com uso de grampeador. (Relato de Caso). *Rev bras Coloproct*. 1999; 19(4): 270-273

RESUMO: As estenoses de anastomoses anais e retais são prevenidas e tratadas em sua grande maioria pela dilatação digital ou instrumental e retotomias. Estenoses recidivantes e refratárias podem ser tratadas por procedimentos mais complexos ou por uma série de outras abordagens como grampeadores, balões dilatadores, ressectoscópios urológicos, staple cutter, uretrótomo etc. com bons resultados. Apresentamos uma nova aplicação do grampeador no tratamento de estenose de anastomose bolsa íleo-anal, de execução simples e eficiente.

UNITERMOS: estenose de anastomose; bolsa ileal-anal; grampeadores; tratamento de estenose.

As estenoses de anastomoses anais e retais são complicações decorrentes da formação de fístulas, abscessos pélvicos ou ainda isquemia, podendo associar-se mais de um fator.^(1,10,11)

Podem ser definidas por termos funcionais^{10,13} ou anatômicos,^{12,18} ambas nem sempre precisas o que é responsável por grande variação nas incidências relatadas variando de 0 a 38%.^{1,2,4,10,11,12, 18}

Apresentamos um caso de recidiva de estenose da anastomose bolsa ileal-anal, submetida a ressecção do estreitamento com grampeador (ILS - *Ethicon Endo-Surgery*).

RELATO DE CASO:

Paciente do sexo masculino com 25 anos de idade portador de Polipose Adenomatosa Familiar submetido a colectomia subtotal com anastomose íleo-retal aos 15 anos de idade devido a enterorragia, e, há 20 meses exérese do reto com anastomose grampeada (EEA-33mm - *U.S. Surgical Corporation*) de bolsa ileal em "J" ao canal anal, dois centímetros acima da linha pectínea e ileostomia em alça.

Desenvolveu abscesso pélvico no primeiro mês de pós-operatório e deiscência parcial da anastomose bolsa ileal-anal. À cura do abscesso seguiu-se estenose da anastomose.

Trabalho realizado no Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo HSPE-"FMO" - São Paulo-SP.

Foi submetido a séries de dilatações digitais porém a estenose recidivou.

Realizamos então retotomia e dilatação digital sob efeito de anestesia e cinco meses após apresentava novamente estenose com oito milímetros de diâmetro, anular, rígida e pouco espessa (figura 1). Foi então indicada a ressecção da área de estreitamento fibrótico da anastomose com o uso de grampeador.

Incisamos o anel fibrótico na linha posterior até um centímetro de profundidade, após o que a ogiva do aparelho ILS-25 foi introduzida e acomodada atrás do anel fibrótico, procedeu-se ao acoplamento do aparelho, aproximação e disparo (figura 2), resultando na ressecção circular da área fibrótica com resultado imediato excelente.

Mantivemos o paciente em observação sob antibioticoterapia e realizamos o fechamento da ileostomia após sete dias; recebeu alta dois dias depois e foi orientado para dilatações digitais a nível ambulatorial.

Um ano após o paciente se encontra assintomático com média de quatro evacuações diárias e totalmente continente. O exame proctológico mostra anastomose pérvia, regular, medindo cerca de 2,2cm de diâmetro e o exame contrastado da bolsa revela contraste residual no trajeto da fístula e ausência de estenoses (figura 3).

COMENTÁRIOS:

As estenoses de anastomoses anais e retais são previsíveis quando os eventos desencadeantes são diagnosti-

cados, como é o caso de uma fistula ou um abscesso pélvico que drena via anastomose. Por outro lado, principalmente quando a anastomose é mais alta fugindo ao dedo durante o toque, freqüentemente é despercebida e o paciente apresentará sintomas após um a três meses em cerca de 55% dos casos, podendo entretanto levar até seis meses ou mais para desenvolver-se ou manifestar sintomas, motivo pelo qual se recomenda examinar os pacientes pelo menos até seis meses após o procedimento.^{10, 11}

A ampla utilização dos gramepeadores na confecção de anastomoses colo-retais e colo-anais contribuiu para a diminuição das deiscências, constatando-se porém aumento nos índices de estenoses.^{16, 18} A utilização de ileostomia ou colostomia de proteção em anastomoses gramepadas aumenta a incidência de estenoses e não previne a formação de fistulas, motivo pelo qual deve ser criterioso o seu uso. Outro fator relacionado às estenoses destas anastomoses, e que pode ser evitado, é o uso de aparelhos de pequeno diâmetro (e.g. 25 mm).¹⁰

A prevenção e o tratamento inicial destas estenoses são realizados pelo toque retal e dilatação repetidos, sejam digitais ou instrumentais com velas de Hegar, balões hidrostáticos, sondas de dilatação esofágica, etc.^{2, 4, 10, 11, 12} Benoist et al.¹ verificaram falha da dilatação em anastomoses colo-anal e bolsa ileal-anal em 53%, enquanto que Luchtefeld et al.¹¹ assinalam que em 34/123 (28%) de seus pacientes com estenoses colo-retais foi necessário um procedimento cirúrgico maior.

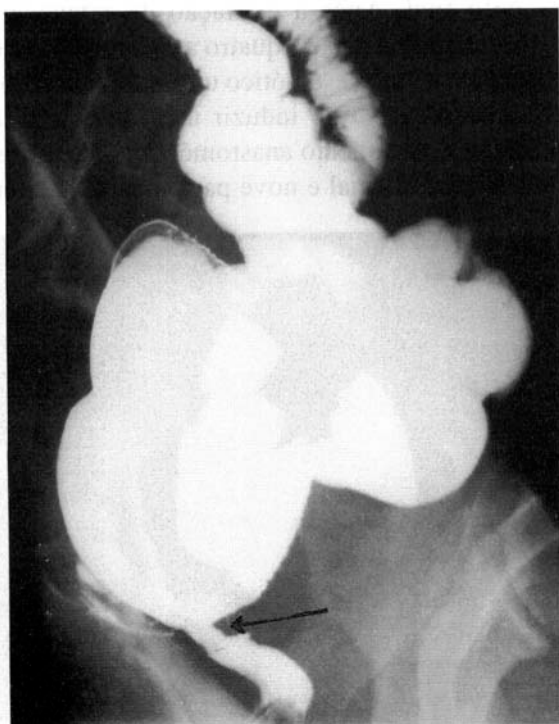


Fig. 1 - Exame contrastado da bolsa no pré-operatório: estenose da anastomose (seta) e trajeto fistuloso.

Em pesquisa nacional entre os membros da Sociedade Americana de Cirurgiões Colo-Retais em 1981, foram identificadas 315 estenoses após 3594 anastomoses mecânicas (8,7%), das quais apenas 14 (4%) necessitaram de intervenção cirúrgica.¹¹

As estenoses refratárias podem ser ainda tratadas com incisões seguidas de dilatações, e, uma série de outros procedimentos criativos têm sido utilizados, em anastomoses manuais ou gramepadas, evitando-se cirurgias de maior porte.

McLean Ross¹³ em 1980 utilizou com sucesso pela primeira vez um gramepeador (*United States Surgical Corporation - EEA-28*) para tratamento de um estreitamento retal que se seguiu a ressecção local de um tumor benigno do reto. Por via abdominal realizou uma colotomia pélvica pela qual a ogiva foi conectada com o corpo principal do aparelho já introduzido pelo ânus e com sua haste colocada através da estenose, tendo sido efetuado o disparo com ressecção do anel fibrótico.

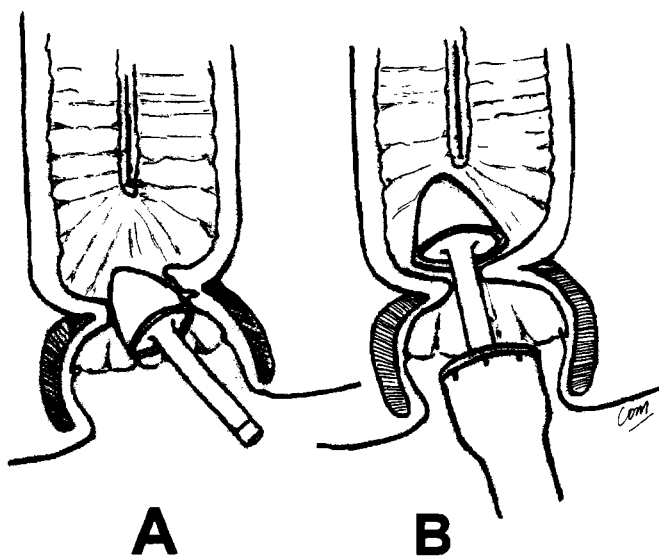


Fig. 2 - Técnica utilizada: a) Ogiva do aparelho ultrapassando a estenose obliquamente b) em posição para acoplamento e disparo.

Ovnat et al.¹⁴ utilizaram-se de um gramepeador EEA porém introduzindo a ogiva do aparelho por via anal através da estenose. O tratamento foi realizado em cinco pacientes, três com anastomose manual colo-retal baixa e dois com anastomose ileo-anal após operação de *pullthrough*, com bons resultados em todos.

Outro original uso do gramepeador EEA foi utilizado por Pol B et al.¹⁵ que trataram uma estenose retal cáustica por abuso de supositórios de ácido acetilsalicílico associado a paracetamol e codeína, previamente submetida a sigmoidostomia por obstrução intestinal. Um diafragma estenótico com espessura menor do que dois centímetros, avaliado por endoscopia e toque vaginal, foi

perfurado com agulha grossa através da qual um guia metálico foi passado sendo recuperado na sigmoidostomia. Sobre o guia foi passado um dilatador de 11 mm ao qual foi adaptada uma sonda tracionada para o períneo desde a sigmoidostomia, levando consigo a ogiva do grampeador até a estenose para o acoplamento e disparo. Dois meses após a sigmoidostomia foi fechada, e a paciente seguida por dois anos sem reestenose.

Procedimento semelhante ao anterior utiliza-se de um colonoscópio para, sob visão direta, franquear uma estenose completa de anastomose colo-anal e em seguida dilatá-la.¹⁷

Pesquisa nacional nos Estados Unidos entre 240 endoscopistas que utilizaram balões hidrostáticos para dilatar estenoses em 1538 pacientes, apresenta 44 estenoses de anastomoses cólicas (não informam se manuais ou grampeadas) nas quais conseguiu-se o alívio imediato dos sintomas em 73%, ocorrendo dois casos (4,6%) de perfurações, revelando um risco maior com índice de sucesso menor do que no esôfago e estômago.⁹

Whitworth et al.¹⁹ em 1988, apresentaram o tratamento de seis pacientes com estenose de anastomose da parte alta do sistema digestório e fazem revisão da literatura, sugerindo que a dilatação de estenoses anastomóticas com o uso de balões é um seguro e efetivo método especialmente para estreitamentos firmes e tortuosos.

A utilização do eletrocautério para incisão e ressecção de estenoses é prática antiga (ressecção sob ar). Zinken et al.²⁰ em 1979 utilizaram pela primeira vez o ressectoscópio urológico (ressecção sob líquido) em seis casos de carcinoma do reto baixo, para tunelização da lesão e palição dos sintomas.

Este princípio foi utilizado por Kelly MJ⁷ em 1989 com o ressectoscópio urológico (ETAR: *Endoscopic transanal resection*), no tratamento de 12 casos de lesões retais incluindo, originalmente, dois pacientes com estenoses anastomóticas, com boa evolução e cura. Acentua a facilidade do uso sem aplicação de força sobre a anastomose, e com a vantagem de se obter material para anatomopatológico.

Chia et al.⁴ em 1991 relataram o uso de um uretrótomo, realizando incisões em estenose benigna de anastomose grampeada colo-retal com sucesso.

Hunt TM et Kelly MJ⁶ em 1994 aplicaram a ETAR a cinco pacientes com estenoses colo-retais que se seguiram ao uso de grampeadores (três 31mm, um 28mm, um duplo grampeamento-28mm). A presença dos grampos poderia supor limitação à efetiva ressecção em profundidade e também haveria o temor de que a energia transmitida pelos mesmos poderia causar lesões à parede total, entretanto, nesta casuística isto não ocorreu. Alguns grampos foram retirados ou ficaram visíveis e todos os

pacientes evoluíram muito bem com apenas um só procedimento. O autor recomenda o método como primeira escolha no tratamento destas estenoses, reconhecendo que o mesmo ainda não tem aceitação ampla.

O uso do ETAR pressupõe que o estreitamento permita no mínimo a passagem do aparelho. Quando isto não é possível e para o paciente portador de colostomia proximal, Kelly MJ⁸ em 1996 propôs a dilatação "acima e abaixo" da estenose colo-retal. Um colonoscópio acessa a estenose "por cima" via colostomia e o retossigmoidoscópio "por baixo" via anal, sendo passado um guia flexível sob visão direta, sobre o qual se utilizam dilatadores. Seis casos foram assim tratados com sucesso em cinco dos pacientes.

Shimada et al.¹⁸ em 1996 desenvolveram um aparelho denominado "Staple Cutter" especialmente para remover estreitamentos após anastomoses colo-retais duplamente grampeadas. O aparelho tem diâmetro de seis milímetros e bordas afiadas de três milímetros funcionando como um pequeno saca-bocados, que introduzido através do orifício estenótico corta as suas bordas. Em 30 pacientes deste estudo a estenose ocorreu em nove (30%) e em todos os casos o uso do "Staple Cutter" foi eficiente. A vantagem deste aparelho seria o de ser simples, com o procedimento feito sob visão direta, podendo ser utilizado em pacientes ambulatoriais, porém não existe em nosso meio.

Benoist et al.¹ em 1998 descrevem uma nova técnica para tratamento de estenoses de anastomoses bolsa ileal-anal e colo-anal. Após a dilatação da estenose, sob anestesia, são colocadas de quatro a oito suturas, radialmente através do anel estenótico usando fio de absorção lenta com o objetivo de induzir uma necrose circunferencial do estreitamento anastomótico. Sete pacientes com estenose colo-anal e nove pacientes com estenose



Fig 3 - Exame contrastado da bolsa no pós-operatório: Ausência de estenose, contraste residual extra-intestinal.

de bolsa ileal-anal foram tratados pelo método, com desaparecimento dos sintomas em 11 (69%).

Acreditamos que o uso de grampeadores carrega o mérito de ressecar o diafragma fibrótico restabelecendo o trânsito de imediato em uma nova linha de anastomose, que reduz a possibilidade de sangramento, e também colhe farto material da estenose para exame anatomopatológico.

A cobertura antibiótica é recomendável nas ressecções de estenoses como realizada em nosso caso. Kelly⁷ refere que o único paciente submetido a ETAR em que a profilaxia foi omitida, apresentou septicemia por coliformes, resolvida com o uso de antibióticos.

A presença de contraste extra-intestinal no exame radiológico simples motivou a suspeita da presença de um *sinus* anastomótico persistente e assintomático, o qual durante o ato cirúrgico não foi localizado. Como pode ocorrer a reativação de infecção quando presente um *sinus*, mesmo que assintomático⁵, optamos, como medida cautelosa, protelar o fechamento da ileostomia e manter cobertura antibiótica.

Realizamos a incisão da linha média posterior do anel fibrótico e utilizamos inicialmente o grampeador

ILS-25, desta forma evitando exercer pressão excessiva na ultrapassagem da estenose e prevenir a ruptura da parede total da bolsa ileal. Pretendíamos ressecar novamente a fibrose restante com o aparelho ILS-29, porém o resultado inicial foi tão gratificante que não realizamos a segunda etapa proposta. É nossa intenção deixar na bolsa ileal-anal, a partir de agora, um fio guia exteriorizado na boca distal da ileostomia e através do ânus para que, se houver necessidade, possamos utilizar alguns dos métodos já descritos de abordagem via ostomia ou usar uma sonda que desenvolvemos especificamente para estes casos e que será objeto de nova publicação.

CONCLUSÃO:

A utilização do grampeador intraluminal na ressecção de estenose de anastomose bolsa íleal-anal mostrou-se factível, simples e eficiente, não tendo sido encontrada em nossa pesquisa nenhuma descrição precedente do uso deste método para tratamento de estenose da anastomose bolsa ileal-anal.

MATHEUS CO, TARTARI WL, CUNHA TMR, LEONARDI PC, GODOY AC, JATOBA PP - Estenose de anastomose bolsa ileal-anal: tratamento por ressecção com uso de grampeador.

SUMMARY: Anal and rectal anastomotic strictures are in most cases prevented and treated by digital or instrumental dilatation or incisions. Persistent anastomotic strictures can be treated by more complex procedures and yet by other approaches such as stapler, balloons, urological resectoscope, staple cutter, urethrotome, etc. with good results. We presented a new application of the ILS stapler in the treatment of the ileal pouch-anal anastomotic stricture, simple to perform and effective.

KEY WORDS: anastomotic stricture; ileal pouch-anal anastomosis; stapler; treatment of stenosis

REFERÊNCIAS:

1. Benoist S, Panis Y, Berdah S, *et al.* New treatment for Ileal Pouch-Anal or Coloanal Anastomotic Stenosis. *Dis Colon Rectum* 1998; 41:935-937.
2. Cade D, Gallagher P, Schofield PF, Turner L. Complications of anterior resection of the rectum using the EEA stapling device. *Br J Surg* 1981; 68:339-340.
3. Chia YW, Ngoi SS, Tung KH. Use of the Optical Urethrotome Knife in the Treatment of a Benign Low Rectal Anastomotic Stricture. *Dis Colon Rectum* 1991; 34:717-719.
4. Cutait DE, Cutait R, Silva JH, *et al.* Stapled Anastomosis in Colorectal Surgery. *Dis Colon Rectum* 1981; 24:155-160.
5. Graffner H, Fredlund P, Olsson S, *et al.* Protective Colostomy in Low Anterior Resection of the Rectum Using the EEA Stapling Instrument: A Randomized Study. *Dis Colon Rectum* 1983; 26:87-90.
6. Hunt TM, Kelly MJ. Endoscopic transanal resection (ETAR) of colorectal strictures in stapled anastomosis. *Ann R Coll Surg Engl* 1994; 76:121-122.
7. Kelly MJ. Use of the urological resectoscope in benign and malignant rectal lesions- review of 12 cases. *J R Soc Med* 1989; 82:588-590.
8. Kelly MJ. "Above and below" dilatation of anastomotic colorectal strictures. *Ann R Coll Surg Engl* 1996; 78:384-387.
9. Kozarek RA. Hydrostatic balloon dilation of gastrointestinal stenosis: a national survey. *Gastrointest Endosc* 1986; 32:15-19.
10. Lewis WG, Kuzu A, Sagar PM, *et al.* Stricture at the Pouch-Anal Anastomosis After Restorative Proctocolectomy. *Dis Colon Rectum* 1994; 37:120-125.
11. Luchtefeld MA, Milson JW, Senagore A, *et al.* Colorectal Anastomotic Stenosis: Results of a Survey of the ASCRS Membership. *Dis Colon Rectum* 1989; 32:733-736.
12. Marcello PW, Roberts PL, Schoetz DJ, *et al.* Long-term Results of the Ileoanal Pouch Procedure. *Arch Surg* 1993; 128:500-504.
13. Mclean Ross AH. Rectal stricture resection using the EEA autostapler. *Br J Surg* 1980; 67:281-282.
14. Ovnat A, Peiser J, Avinoah E, Charuzi I. A New Approach to Rectal Anastomotic Stricture. *Dis Colon Rectum* 1989;32:351-353.
15. Pol B, Christophe M, Touchet J, *et al.* Sténose rectale caustique: Résection trans-anale à la pince EEA. *Presse Méd* 1993;22:1139-1141.
16. Quilici FA, Cordeiro F, Faria Junior PC. Mechanical and Manual Anastomosis of the Extraperitoneal Rectum. Experimental Comparative Study in Dogs. *ABCD Arq Bras Cir Dig, São Paulo* 1990; 5:41-50.
17. Reissman P, Nogueiras JJ, Wexner SD. Management of obliterating stricture alter coloanal anastomosis. *Surg Endosc* 1997;11:385-386.
18. Shimada S, Matsuda M, Uno K, *et al.* A New Device for the Treatment of Coloproctostomic Stricture After Double Stapling Anastomosis. *Ann Surg* 1996; 224:603-608.
19. Whitworth PW, Richardson RL, Larson GM. Balloon Dilatations of Anastomotic Strictures. *Arch Surg* 1988; 123:759-762.
20. Zinken LD, Katz LD, Rosin JD. A method of palliation for obstructive carcinoma of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1979; 148:427-428.

Endereço para correspondência:

Dr. Cláudio de Oliveira Matheus
Rua Uaimaré, 140 - CEP 04068-080
São Paulo, SP
Email: badola@ibm.net