
COLECTOMIA TOTAL E ILEOPAPILORRETO ANASTOMOSE TÉRMINO - TERMINAL OU POR TELESCOPAGEM

MITRE KALIL - ASBCP
LUIZ CÁLICE CINTRA
ALCINO LÁZARO DA SILVA

KALIL M., CINTRA L.C., SILVA A.L. - Colectomia Total e Ileopapilorreto Anastomose Término - Terminal ou por Telescopagem - *Rev bras Coloproct*, 2000; 20(4): 237-242.

RESUMO: No estudo experimental aqui apresentado, submetemos 20 cães à ligadura do ramo terminal da artéria ileal. Os animais foram divididos em dois grupos: A (10 cães) e B (10 cães), que foram observados e sacrificados, após 48 e 96 horas, respectivamente. Todo o segmento ileocecal foi retirado para estudo macro e microscópico do íleo terminal e da papila ileocecal. Pudemos verificar que a ligadura arterial não comprometeu a viabilidade do íleo terminal e da papila ileocecal. O aspecto microscópico do íleo terminal após 96 horas, mostrou-se normal em 70%. O aspecto microscópico da papila ileocecal após 96 horas, mostrou-se normal em 90%.

No plano clínico estudamos 12 pacientes submetidos à colectomia total e anastomose ileorretal preservando-se a papila ileocecal (ileopapilorretoanastomose). Os pacientes foram divididos em dois grupos: no grupo A (seis pacientes) foi realizada uma telescopagem ileorretal e no grupo B (seis pacientes) uma anastomose ileopapilorretal término-terminal. No grupo A optou-se pela mucosectomia parcial em dois pacientes e total em um; no grupo B optou-se pela mucosectomia parcial em um paciente. Os pacientes foram observados após sete, 15, 40, 60 e 365 dias quando procuramos avaliar: número de evacuações diárias; aspecto macroscópico do períneo; aspectos macro e microscópico das mucosas do reto, íleo terminal e da papila ileocecal e aspectos radiológicos da anastomose ileorretal. O número de evacuações diárias foi em média 1,4 vezes após 365 dias. No períneo observamos que no grupo A (telescopagem), após 365 dias, o aspecto foi normal em dois pacientes (33,3%) e no grupo B (término-terminal) foi normal em três pacientes (50%).

Os estudos radiológicos (trânsito intestinal e repleção retal) mostraram controle no esvaziamento intestinal, certamente ajudado pela papila ileocecal, além do que se preservou a ampola retal e todo conjunto esfínter.

O índice de deiscência da anastomose foi de 16,6% (um paciente), em ambos os grupos.

O índice de mortalidade foi de 16,6% (um paciente) no grupo B e 16,6% (um paciente) no grupo A.

A análise dos resultados permitiu-nos concluir que a preservação da papila ileocecal nas colectomias totais pode ser mais uma opção técnica no intuito de minimizar aqueles quadros diarréicos desagradáveis que acompanham estas amplas ressecções colônicas.

UNITERMOS: colectomia, anastomose ileorretal, anastomose ileopapilorretal, papila ileal.

A cirurgia do aparelho digestivo sempre teve como desafio tratar algumas doenças incapacitantes colorretais, através de técnicas cirúrgicas cujos resultados não fossem iguais ou piores às doenças em si. Preservar parte do reto, o aparelho esfínter e retardar o trânsito intestinal, são os objetivos básicos de qualquer procedimento técnico ao se reconstruir o trânsito, após uma colectomia total com ou sem ressecção parcial do reto.

Algumas técnicas operatórias clássicas existem e muitas outras têm sido planejadas, no intuito de retardarem o trânsito ileorretal. As técnicas mais utilizadas são aquelas que utilizam a interposição de uma alça iso ou anisoperistáltica (RESENDE ALVES, 1949 & CALIL, 1961); as que criam novos reservatórios às custas de alças ileais (FONKALSRUD, 1980; PARKS et al., 1980; KOJIMA, 1982; NICHOLLS et al., 1984; VILLALOBOS et al., 1985;

PEZIM et al., 1987; FIORENTINI, 1987; TAYLOR, 1987; SCHOETZ et al., 1988; NAGY, 1991; SHAMBERGER et al., 1991 & DA VIS et al., 1991); as que se baseiam na confecção de válvulas intraluminares (LACOMBE et al., 1975 & MANZIONE, 1980), ou as que preservam, após colectomia total ou subtotal, a papila ileocecal, seja nas anastomoses ileorretais (SAFATLE et al., 1984 & KALIL & LÁZARO DA SILVA, 1990), nas anastomoses cecorretais (VASCONCELOS, 1964) ou nas anastomoses ileocólicas (OGILVIE, 1931). Além disso observa-se também que, após proctocolectomia total e ileostomia abdominal com preservação da papila ileal (LÁZARO DA SILVA, 1975, 1978; MATTOS, 1981; PALMA, 1982 & FORMIGA et al., 1995), há menor número de exoneração intestinal.

Os resultados satisfatórios de um estudo experimental para avaliar uma técnica de telescopagem ileorretal com preservação da papila ileocecal, após colectomia total, com ou sem mucosectomia retal, em cães (KALIL & LÁZARO DA SILVA, 1990), motivou-nos a realizar em 12 pacientes

com indicações cirúrgicas nas doenças difusas colorretais, a ileopapilorretoanastomose término-terminal ou por telescopagem, após colectomia total, com ou sem mucosectomia retal.

O seguimento pós-operatório dos pacientes, para verificar os resultados da cirurgia, constou de avaliação do número de evacuações diárias, aspecto macroscópico do períneo, aspectos macro e microscópicos das mucosas do reto, do íleo terminal e da papila ileocecal, aspectos radiológicos, além da morbidez e mortalidade, durante sete, 15, 40, 60 e após 365 dias.

Como não utilizamos métodos para testar a viabilidade de alças intestinais permaneceu a dúvida quanto à real vascularização da papila ileocecal. Essas dúvidas nos induziram a desenvolver paralelamente um trabalho experimental onde procedemos a ligadura do último ramo da artéria ileal em cães, a fim de verificar sua repercussão sobre o íleo terminal e a papila ileocecal.

Procuramos observar no trans-operatório o aspecto macroscópico do íleo terminal, logo após a ligadura arterial. Após 48 horas e 96 horas, os animais foram reoperados e sacrificados para estudo anatomopatológico macro e microscópico do íleo terminal e da papila ileocecal.

CASUÍSTICA E MÉTODOS ANIMAIS DE EXPERIMENTAÇÃO

Utilizamos, neste estudo, 20 cães machos e fêmeas, mestiços, adultos, aparentemente saudáveis, vadios, provenientes do biotério da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória- ES. Todos os animais foram submetidos à ligadura do ramo terminal da artéria ileal (ramo da A. ileocecoapendiculocólica). Os 20 cães foram divididos em dois grupos: o primeiro (A) de dez cães, e o segundo (8) de dez cães, observados durante 48 horas e 96 horas, respectivamente.

Após estes prazos, os animais foram reoperados e a transição ileocecal ressecada para estudos macro e microscópicos do íleo terminal e da papila ileocecal. Em um cão (controle) foi retirada a transição ileocecal, sem ligadura arterial.

Os animais foram mantidos em biotério convencional, com dieta livre no pré-operatório, sendo deixados em jejum durante as 12 horas que antecederam a operação. No primeiro e segundo dia pós-operatórios era fornecida dieta líquido-pastosa, que foi liberada após o terceiro dia.

CASUÍSTICA

Estudamos 12 pacientes submetidos à colectomia total e anastomose ileorretal, por telescopagem (GRUPO A) ou término-terminal (GRUPO 8), com preservação da papila

ileocecal, na clínica cirúrgica do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia -Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, do Hospital Evangélico de Vitória - Espírito Santo e clínica particular no período de 1988 a 1997.

A idade dos pacientes variou de 17 anos a 63 anos, com média de 40 anos. Cinco eram do sexo masculino e sete (58,3%) do sexo feminino, sendo os pacientes leucodérmicos a maioria com 83,3%.

Verificamos as seguintes afecções: doença diverticular difusa hemorrágica, três pacientes (25%); tumores sincrônicos, um paciente (8,3%); retocolite ulcerativa com megacólon tóxico, um paciente (8,3%); doença de Crohn, dois pacientes (16,6%); megacólon Chagásico, um paciente (8,3%); retocolite ulcerativa difusa em um paciente (8,3%); megacólon congênito, dois pacientes (16,6%) e diverticulite perfurada, um paciente (8,3%).

Os 12 pacientes foram divididos em dois grupos: o primeiro (A) de seis pacientes, o segundo (8) de seis pacientes, observados durante sete, 15, 40, 60 e após 365 dias.

Após estes períodos verificamos: o número de evacuações diárias; aspecto macroscópico do períneo; aspectos macro e microscópico das mucosas do reto, do íleo terminal e da papila ileocecal; aspectos radiológicos (trânsito intestinal e repção retal), além da morbidez e mortalidade.

MÉTODO EXPERIMENTAL

Após antissepsia da parede abdominal anterior e colocação dos primeiros campos operatórios, procedia-se a uma laparotomia mediana no abdome inferior por planos, com hemostasia. Após colocação dos segundos campos, abertura do peritônio parietal e colocação do afastador autostático de GOSSET, fazia-se a exposição do íleo terminal e da transição ileocecocólica, manipulando-se estes segmentos de compressas umedecidas em soro fisiológico a 0,9%.

Dissecava-se então o mesentério ileal e sob controle de transluminação, era feito o pinçamento e ligadura (fio de algodão 000) dos vasos do segmento ileal terminal (transição ileocecocólica). Neste momento procuramos observar cuidadosamente o aspecto macroscópico do íleo terminal e ceco. A hemostasia revista e a cavidade peritoneal fechada por planos, sendo feito em seguida o curativo compressivo local.

MÉTODO CLÍNICO

Procedia-se uma laparotomia paramediana pararectal interna esquerda ampla, supra-infraumbilical, por planos, com exploração completa de toda cavidade. Neste momento iniciávamos a liberação do meso-sigmóide, identificação do ureter esquerdo e ligadura dos vasos sigmóides. Descolamento do cólon descendente da goteira parieto-cólica esquerda e

ligadura dos vasos cólicos esquerdos. Liberação do ângulo esplênico com secção do ligamento lieno-cólico, descolamento intercolomental com ligadura dos vasos gastrocolometais e liberação do ângulo hepático do cólon através da secção do ligamento hepatocólico. Ligadura dos vasos cólicos médios.

Após descolado o cólon ascendente da goteira parietocólica direita, procedíamos a ligadura dos vasos cólicos direitos. No momento da liberação do ceco tomávamos cuidado de não ligar e nem tracionar os vasos ileocecoapendiculocólicos. Dependendo da afecção, o reto era descolado e ressecado parcialmente ou não. A secção do intestino foi feita entre duas pinças de Hartmann colocadas no nível do reto e do ceco, sendo que a incisão no ceco, preservava uma orla de mais ou menos um centímetro ao redor da papila ileocecal (Figura 1).

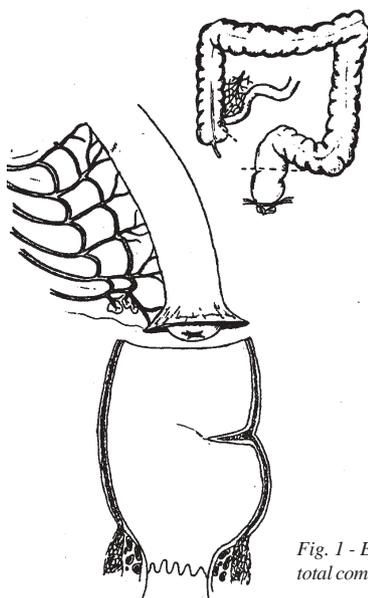


Fig. 1 - Esquema demonstrando a colectomia total com preservação da papila ileocecal.

Neste momento fazia-se a exérese de todo o cólon e reparava-se o reto com duas pinças de Allis, quando então optava-se ou não pela mucossectomia parcial ou total. Quatro pontos de reparo foram dados no reto para o abaixamento do íleo com a papila ileocecal. No caso de telescopá-lo na luz retal, a sua fixação à parede do reto era feita por pontos em "U", passados através da parede do reto em direção à orla ileocecal, retornando à face externa do reto para anodamento dos fios de algodão 000 montados em agulhas atraumáticas (Figura 2). Após isso realizava-se uma sutura seromuscular ileorretal com pontos de Lembert, também utilizando-se fios de algodão 000 (Figura 3). No caso de anastomose direta término-terminal a sutura ileorretal foi feita em plano único utilizando-se pontos totais separados com fios de algodão 000, montados em agulhas atraumáticas (Figura 4). Após exaustiva revisão da cavidade peritoneal, a mesma foi lavada com soro fisiológico a 0,9% e a abertura mesentérica fechada. A drenagem do espaço pré-sacro ou pélvico era feita com Penrose

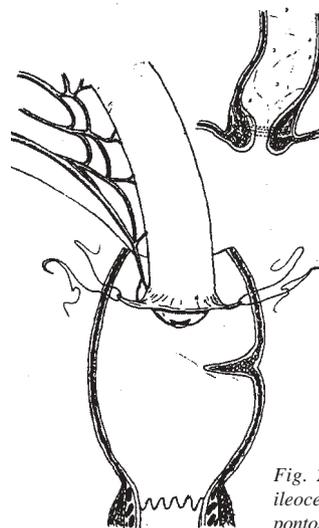
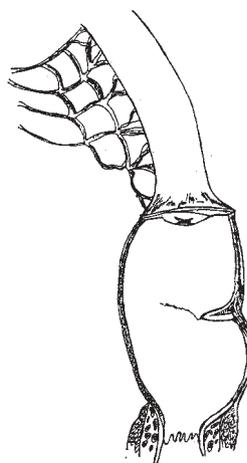


Fig. 2 - Esquema demonstrando a papila ileocecal, com esfíncter em corte sagital, e os pontos de fixação da telescopiação ileorretal.

Fig. 3 - Esquema demonstrando os pontos de fixação da telescopiação e os pontos seromusculares da sutura ileorretal.



Fig. 4 - Esquema demonstrando a ileopapilorretoanastomose término-terminal, preservando-se a papila ileocecal.



exteriorizado por contra-abertura. A parede abdominal foi fechada por planos e feito curativo compressivo incisional.

No grupo A, a mucossectomia parcial do reto foi realizada em dois pacientes (33,3%) e a total em um (16,6%).

O tamanho do coto retal, neste grupo, variou entre sete centímetros e 15 centímetros, com média de onze centímetros.

No grupo B, a mucossectomia parcial foi realizada em um paciente (16,6%).

O tamanho do coto retal, neste grupo, variou entre oito centímetros e 12 centímetros, com média de dez centímetros.

RESULTADO EXPERIMENTAL

O estudo do íleo terminal logo após a ligadura vascular, no grupo A, foi normal em seis animais, sendo encontrada hiperemia em três e edema em um. No grupo B, sete animais não apresentaram alterações. O estudo macroscópico do íleo terminal, após 48 horas foi normal em sete cães e após 96 horas, foi normal em nove. A papila ileocecal mostrou-se macroscopicamente normal, após 48 horas em quatro cães e após 96 horas em oito. Microscopicamente a papila ileocecal mostrou-se normal em nove cães após 96 horas. Não houve nenhum caso de isquemia ou necrose.

RESULTADO CLÍNICO

A análise geral dos nossos resultados mostrou como complicações: reoperação por bridas e aderências um paciente (8,3%); deiscência da anastomose com peritonite em um paciente (8,3%) e deiscência de anastomose com fístula em um paciente (8,3%). A morbidez foi de 25% e a mortalidade de 16,6% (dois pacientes). Sete pacientes (58,3%) não apresentaram complicações. O número de evacuações diárias após 365 dias variou de uma a quatro vezes e pudemos verificar que em cinco pacientes o aspecto macroscópico do períneo, mostrou-se normal após 365 dias. O trânsito intestinal (Figura 5) e o retograma (Figura 6), após 365 dias, mostraram-se normais em 16,6% e 33,3% respectivamente, no grupo A (telescopagem) e no grupo B (Término-terminal) o trânsito foi normal em 50% e o retograma em 66,6%.



Fig. 5
Trânsito intestinal após um ano.



Fig. 6
Retograma após cinco anos.

DISCUSSÃO

As anastomoses ileoanais, com ou sem reservatórios ileais e os abaixamentos ileoanais, além de tecnicamente mais trabalhosas, apresentam altos índices de deiscências, fístulas, abscessos pélvicos e bolsites nos reservatórios (RAVITCH & SABINSTON, 1947; VALIENTE & BACON, 1955; PARKS et al., 1980; UTSUNOMIYA et al., 1980; TELANDER & PERRAULT, 1981; TAYLOR et al., 1984; NICHOLLS et al., 1984; HULTÉN, 1985; GÓES et al., 1987). No andamento dessas tentativas surgiu outra, onde se aproveita, após a ressecção completa do cólon, a papila ileocecal que é anastomosada diretamente ao coto retal ou telescopada no reto, com ou sem mucosectomia. Os estudos já realizados, mostrando o eficaz controle exercido pelo esfíncter da papila ileocecal (OGILVIE, 1931; DIDIO, 1952, 1955; LÁZARO DA SILVA, 1975, 1978; MATTOS, 1981; PALMA, 1982; SAFATLE & ALMEIDA, 1984; KALIL & LÁZARO DA SILVA, 1990; FORMIGA et al., 1995) demonstram a importância da papila e sua principal função.

Após verificarmos, no nível experimental, os resultados da colecotomia total e telescopagem ileorretal, preservando-se a papila ileocecal com ou sem mucosectomia retal, é que extrapolamos para a clínica esta técnica, agora também realizando anastomose término-terminal.

Por se tratar de uma proposta, ainda não estudada, tivemos que iniciar com uma casuística heterogênea, no que se refere às doenças do cólon. Como se viu no capítulo de casuística as doenças foram diversas, mas a indicação cirúrgica foi a mesma. Se há uma tentativa para uma nova proposta técnica, o grupo controle, nesta altura do nosso conhecimento não teria sentido. O propósito é verificar a exequibilidade e seus resultados. Depois desta fase é que se poderá comparar. Não encontramos na literatura trabalhos desta natureza para comparação de experiências.

A preservação do reto ou parte dele, mantém as funções sexual, vesical e a continência fecal. Em nosso estudo evitamos grandes dissecções e descolamentos perirretal e pré-sacro, poupando assim lesões do plexo nervoso podendo interno e do aparelho esfíncter. O tamanho médio do coto retal preservado em nosso estudo, foi de 10,5 centímetros, o que propiciou a execução das anastomoses no nível intra-peritoneal. Somente num paciente, portador de megacólon congênito difuso e megarreto, o coto retal tinha sete centímetros sendo a anastomose realizada no nível extraperitoneal.

A retoscopia nos orientou quanto às alterações macroscópicas pós-operatórias ocorridas, decorrentes do suco entérico ileal. Com o trânsito intestinal pudemos observar que, independente do tamanho do coto retal e consequentemente da altura da anastomose, o contraste

passava pela papila ileocecal, enchendo aos poucos a ampola retal. O trânsito intestinal e o retograma foram realizados sempre após 40 dias, de forma a não forçarem a anastomose ileorretal.

Dois pacientes evoluíram com deiscência da anastomose; um era portador da doença de Crohn e no outro a deiscência ocorreu devido a tração da anastomose ileorretal, ocasionada por alças de delgado que passaram através da deiscência de sutura na abertura mesentérica.

Os dois óbitos ocorridos foram por: septicemia com falência de múltiplos órgãos devido à retocolite ulcerativa difusa com megacólon tóxico e a peritonite com septicemia, devido a duas perfurações no íleo, num paciente submetido à três operações anteriores devido à doença diverticular difusa com diverticulite perfurada.

Sendo a arcada vascular do íleo um fator limitante nos abaixamentos ileais para as anastomoses ileorretais ou ileoanais e na preocupação que tivemos no plano clínico, com relação à viabilidade do íleo terminal abaixado com a papila ileocecal, é que procuramos no nível experimental estudar a viabilidade deste segmento. Para isso observamos, macro e microscopicamente, o íleo terminal e a papila ileocecal de cães submetidos à ligadura da artéria ileal terminal, após 48 e 96 horas.

Somente um animal apresentou contratura muscular espástica temporária, verificada logo após a ligadura vascular, não sendo observada qualquer alteração isquêmica macro ou microscópica.

Embora inúmeras técnicas tenham sido elaboradas com intuito de se evitar as complicações decorrentes da ressecção

completa do cólon, os resultados mostrados pela literatura ainda deixam muito a desejar. Esperamos com este estudo inicial, estar contribuindo com uma proposta técnica, para tentar tornar melhor e menos sofrida a vida dos enfermos portadores de doenças tão incapacitantes.

CONCLUSÕES EXPERIMENTAIS

O aspecto microscópico do íleo terminal, após 48 horas (Grupo A) mostrou-se normal em 30% e após 96 horas (Grupo B) mostrou-se normal em 70%.

O aspecto microscópico da papila ileocecal, após 48 horas (Grupo A) mostrou-se normal em 30% e após 96 horas (Grupo B) mostrou-se normal em 90%.

CONCLUSÕES CLÍNICAS

O número de evacuações diárias após 365 dias variou de uma a quatro vezes.

O aspecto macroscópico do períneo após 365 dias mostrou-se normal em cinco pacientes.

O trânsito intestinal e o retograma, após 365 dias, mostraram-se normais em 16,6% e 33,3%, respectivamente, no grupo A (telescopagem) e no grupo B (término-terminal), o trânsito intestinal foi normal em 50% e o retograma em 66,6%.

– A morbidez foi de 25%.

– A mortalidade foi de 16,6%.

SUMMARY: In the experimental study here presented, we submitted 20 dogs to the connection of the terminal branch of the ileal artery. The animals were divided into two groups: A (10 dogs) and B (10 dogs), which were observed and sacrificed after 48 and 96 hours, respectively. All the ileocecal segment was removed for macro and microscopical study of the terminal ileum and of the ileocecal papilla. We could check that the arterial connection did not compromise the viability of the terminal ileum and of the ileocecal papilla. The microscopical aspect of the terminal ileum after 96 hours showed itself normal in 70%. The microscopical ileumcecal papilla after 96 hours showed itself normal in 90%. In the clinical plan we studied 12 patients submitted to total colectomy and ileorretal anastomosis and the ileocecal papilla was preserved. The patients were divided into two groups: in group A (six patients) a ileorretal telescoping was made and in group B (six patients) a termino-terminal ileopapilorroretal anastomosis was made. The patients were observed after seven, 15, 40, 60 and 365 days when we tried to evaluate: The number of daily evacuations; the macroscopical aspect of perineum; macro and microscopical aspects of rectum mucosa, terminal ileum and ileocecal papilla and radiological aspects of the ileorretalanastomosis. The index of the anastomosis rupture was 16,6% in both groups. The mortality index was 16,6% (one patient) in group B and 16,6% (one patient) in group A.

KEY WORDS: colectomy, ileorretal anastomosis, ileopapilorroretal anastomosis, ileal papilla.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CALIL, F. C. Ileocoloretoplastia. Rev. Ass. Med. M. Gerais, 10: 853-862, 1979.
2. DALLA LANA, E. M. A vascularização do íleo terminal. Contribuição de ramos de artéria ileocecológica. Tese Prof. Titular de Anatomia Humana, do Instituto de Biologia do Centro Biomédico da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1979.
3. DAVIS, C.; ALEXANDER, F.; LAVERY, I. & FAZIO, V. W. Results of mucosal proctectomy versus extrarectal dissection for ulcerative colitis and familial polyposis in children and young adults. J. Pediatr. Surg., 29(2):305-9, 1991.
4. DIDIO, L. J. A. Dados anatômicos sobre o piloro ileocecológico. com observação "in vivo" da papila ileocecológica. Tese Doc. Livre. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1952.
5. FIORENTINI, M. T.; LOCATELLI, L.; CECCHIPIERI, B.; BERTOLINO, F.; BARLOTTA, A.; FERRARIS, R.; DELLEPIANE, M. Physiology of ileoanal anastomosis with ileal reservoir for ulcerative colitis and adenomatosis coli. Dis. Colon & Rect., 30:267-72, 1987.
6. FONKALSRUD, E. W. Total colectomy and endorectal ileal pull-through with internal reservoir for ulcerative colitis. Sur. Gynec. & Obstet., 150:1-8, 1980.
7. FORMIGA, G. J. S.; BARRETO NETO, P. F.; SILVA FILHO, E. V. & SILVA, J. H. I. Ileostomia continente: relato de dois casos. Rev. Bras. Colo-proct., 15(2):75-77, 1995.
8. GOÉS, J. R. N.; FAGUNDES, J. J.; COSTA, A. M.; PERES, M. A. O.; MEDEIROS, I. R.; LEONARDI, L. S. Reservatório ileal pélvico. Detalhes de técnica operatória e avaliação das complicações. Rev. Bras. Colo-proct., 7(3):94-98, 1987.
9. HABR GAMA, A.; TEIXEIRA, M. G.; BRUNETTI NETTO, C.; SOUSA Jr. A. H. S.; ALVES, P. R. A.; VIEIRA, M. J. F.; & PINOTTI, H. W.

- Proctocolectomia total com anastomose ileonal e bolsa ileal em "J" para o tratamento de retocolite ulcerativa. Rev. Bras. Colo-proct., 13(3):100-105, 1993.
10. KALIL, M. Colectomia total e telescopagem ileorretal preservando-se a papila ileocecal com ou sem mucosectomia retal. Estudo Experimental em cães. Tese de Mestrado. Belo Horizonte, Minas Gerais, Faculdade de Medicina da UFMG; 86 páginas, 1990.
 11. KALIL, M. & LÁZARO DA SILVA, A. Colectomia total e telescopagem ileorretal preservando-se a papila ileocecal com ou sem mucosectomia retal. Rev. Bras. ~., 52(3): 167-174, 1995.
 12. KOJIMA, Y; SANADA, Y.; FONKALSRUD, E. W. Comparison of endorectal ileal pull-through following colectomy with and without ileal reservoir. J. Pediatr. Surg. 17:653-9, 1982.
 13. LÁZARO DA SILVA, A. Ileostomia; alternativas técnicas. Rev. Assoc. Med. Minas Gerais, 28:28-9, 1978.
 14. LÁZARO DA SILVA, A. Ileostomia continente. Rev. Bras. Colo-proct., 11(1):33-35, 1991.
 15. MANZIONE, A. Válvula mucosa ileal na colectomia com anastomose ileorretal; Estudo exgerimental. Tese Doc. Livre. São Paulo, Fac. Medicina, 1980.
 16. MATTOS, M. P. Estudo experimental de ileostomia em cães. Aspecto funcional, microscópia óptica e eletrônica de veredura. Tese Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais, 1981.
 17. NAGY, A. Long-term result of total colectomy insuring restoration of continence. Orv. Hetil., 135(12): 625-33, 1991.
 18. NICHOLLS, J.; PESCAROTI, M.; MOTSON, R. W.; PEZIM, M. E. Restorative proctocolectomy with a three-loop ileal reservoir for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis. Ann. Surg., 199:383-88, 1984.
 19. PALMA, E. C. Simultaneous colostomy and ileostomy. Ileostomy with an anatomically continent sphincter. World J. Surg., 6:130-7, 1982.
 20. PARKS, A. G.; NICHOLLS, R. J.; BELLIVEAU, P. Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. Br. J. Surg., 67:533-8, 1980.
 21. PEZIM, M. E.; TAYLOR, B. A.; DAVIS, C. J. & BEART, R. W. Perforation of terminal ileal appendage of J-pelvic ileal reservoir. Dis. Colon. Rect., 30:161-163, 1987.
 22. RESENDE ALVES, J. B. Contribuição ao estudo da ileocoloretoplastia. Tese Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil. 1949.
 23. SAFATLE, N. F. & ALMEIDA, M. C. R. Anastomose ileorretal ou ileocólica com preservação do esfíncter ileal: Técnica e resultados. Rev. Col. Bras. Cir., 11 (5): 153-60, 1984.
 24. SHAMBERGER, R. C.; LILL, C. W.; NURKO, S. & WINTER, H. S. Anorectal function in children after ileoanal pull-through. J. Pediatr-Surg., 29(2):329-332, 1991.
 25. SHOETZ, D. J.; COLLIER, J. A.; VEIDENHEIMER, M. C. Can the pouch be saved? Dis. Colon. Rectum., 31: 671-675, 1988.
 26. TAYLOR, R. V. Experience with mucosal proctectomy and a "J" shaped ileal reservoir in ulcerative colitis. Ann. Royal college Surg. England, 69:12-15, 1987.
 27. TELANDER, R. L. & PERRAULT, J. Colectomy with rectal mucosectomy and ileoanal anastomosis in young patients. Arch. Surg., 116: 623-9, 1981.
 28. UTSUNOMIYA, J.; IWAMA, T.; IMAJO, M.; MATSUO, S.; SAWAI, S. & HIRAYAMA, R. Total colectomy mucosal proctectomy and ileoanal anastomosis. Dis. Colon & Rect. 23:459-66, 1980.
 29. VALIENTE, M. A. & BACON, G. E. Construction of pouch using pantlooon technique for pull-through of ileum following total colectomy. Am. J. Surg., 90:742, 1955.
 30. VASCONCELOS, E. Colectomia subtotal e anastomose cecorretal no tratamento de megacolon do adulto. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. de São Paulo, 19:321-7, 1964.
 31. VILLALOBOS, J. R. & ALFARO, G. M. Mucosectomia rectal com construccion de un reservóio ileal y anastomosis ileoanal. Acta Médica Costarricense, 28:71-8, 1985.

Endereço para correspondência:

Mitre Kalil
Av. Antonio Gil Veloso, 1580/201
Praia da Costa - Vitória-E.S.
CEP: 29101-011