
RETOCOLECTOMIA TOTAL E ANASTOMOSE ÍLEOANAL COM RESERVATÓRIO ILEAL E OCORRÊNCIA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

JUVENAL RICARDO NAVARRO GÓES - TSBCP
JOÃO JOSÉ FAGUNDES - TSBCP
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY - TSBCP
MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO - TSBCP
ANA PAULA PAIVA MOREIRA
LUIZ SÉRGIO LEONARDI

GÓES JRN, FAGUNDES JJ, COY CSR, AYRIZONO MLS, MOREIRA APP, LEONARDI LS. Retocolite Total e Anastomose Íleoanal com Reservatório Ileal e Ocorrência de Obstrução Intestinal. *Rev bras Coloproct*, 2004;24(4):329-333.

RESUMO: A obstrução intestinal (OI) continua a ser uma das complicações mais frequentes na cirurgia do reservatório ileal. **Objetivo:** Análise da ocorrência, tratamento e identificação dos possíveis fatores envolvidos. **Casística e Métodos:** Estudo retrospectivo, de fevereiro de 1983 a outubro de 2004. No período, 131 pacientes foram submetidos a 137 procedimentos (retocolite ulcerativa (RCU) (78) e da polipose adenomatosa familiar (PAF) (53 pacientes). Dezoito pacientes (13,7%, 12 do sexo feminino, média de idade de 30,1 anos) apresentaram OI. **Pontos de interesse:** doença de base; causas da OI; ocorrência de OI pós fechamento da ileostomia; se a colectomia total foi eletiva ou de urgência; número de episódios de OI por paciente; frequência de indicação cirúrgica; evolução tardia. **Resultados:** Dez pacientes (55,5%) eram portadores de RCU e 8 (44,5%) de PAF. Ocorreram 25 episódios de OI e as causas foram: bezoar (01), síndrome da artéria mesentérica superior (02), hérnia interna (03), bridas (17) e em 2, com causas não definidas. Um paciente teve OI tardia por hérnia interna e bridas e outro decorrente de bridas e bezoar. Em 4 pacientes o diagnóstico de OI foi feito no pós-operatório imediato do fechamento da ileostomia. Apresentaram apenas um episódio de OI (11 deles na fase precoce) 14 pacientes, ao passo que 2 tiveram mais um, e 2 pacientes com 2 ou mais quadros obstrutivos. A necessidade de tratamento cirúrgico foi em 12 pacientes que tiveram 17 episódios de OI nos 10 primeiros anos, ao passo que 6 evoluíram com 8 episódios nos últimos 10 anos. **Conclusão:** Apesar das causas inerentes à extensão do procedimento, o fechamento da ileostomia possivelmente está associado à ocorrência de OI. A diminuição do trauma cirúrgico e das causas associadas à ocorrência de sepse pós-operatória são mandatárias e obrigação da equipe cirúrgica. A opção pela intervenção cirúrgica na vigência da OI só deverá acontecer se forem esgotadas as medidas clínicas pertinentes.

Unitermos: retocolite ulcerativa, tratamento cirúrgico; polipose adenomatosa familiar, tratamento cirúrgico, reservatório ileal, obstrução intestinal.

INTRODUÇÃO

A retocolite total seguida da confecção de reservatório ileal e anastomose íleo-anal continua a

ser o procedimento cirúrgico de escolha para o tratamento da retocolite ulcerativa (RCU) e da polipose adenomatosa familiar (PAF), principalmente aqueles com envolvimento do reto inferior e do canal anal.^{1,2} Esse procedimento vem sendo feito em nosso meio desde 1983³⁻⁷ mas, apesar do progresso observado na execução dessa técnica, a ocorrência de complicações em elevado número ainda preocupa a maioria dos cirurgiões na sua indicação e prática.^{1,8,9} Além dos inconvenientes inerentes aos pacientes, há que se levar

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia, Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP.

Recebido em 12/11/2004

Aceito para publicação em 13/01/2005

em conta também o acréscimo nos custos decorrentes de internações mais prolongadas e, eventualmente, de novos procedimentos cirúrgicos.¹⁰

Dentre as complicações, a obstrução intestinal (OI) continua a ser uma das mais frequentes^{1,2,8,11,12} e deve ser entendida como a condição clínica em que o paciente deixa de eliminar gases após já ter restabelecido essa função no pós-operatório. Muitos estudos têm mostrado que, apesar de frequente, essa complicação nem sempre requer tratamento cirúrgico.¹ MacLean et al.¹² analisaram 1178 pacientes que foram submetidos ao procedimento e que tiveram, em 351 episódios, o diagnóstico de OI ocorrendo em 272 pacientes, durante um seguimento médio pós-operatório de 8,7 anos. Apesar de 44 pacientes terem apresentado mais de um episódio de OI, a indicação de cirurgia foi de apenas 0,8% nos primeiros 30 dias de pós-operatório (para uma ocorrência de obstrução de 8,7%) e, após 10 anos de pós-operatório, de 7,5% (para uma ocorrência de 31,4% de casos com OI).

Quando analisada a ocorrência de OI como complicação de outros procedimentos abdominais, também se verificou essa mesma tendência. Miller et al.¹³ estudaram 1001 casos de OI em 552 pacientes e observaram que os pacientes tratados conservadoramente não tiveram pior evolução que os operados, concluindo que a indicação cirúrgica estaria indicada somente se houvesse a constatação de instabilidade clínica. Fraser et al.¹⁴, em estudo semelhante, analisaram a necessidade de tratamento cirúrgico para essa complicação pós-operatória e também concluíram que a obstrução pós-operatória imediata pode ser tratada conservadoramente em pacientes estáveis, além de observarem retorno significativamente mais rápido da função intestinal com menor tempo de internação.

A OI pós-operatória na cirurgia do reservatório ileal foi revista na casuística do Serviço e motivou o estudo desta complicação em nosso meio.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Para o presente estudo empregou-se método retrospectivo de análise da casuística do Serviço, de fevereiro de 1983 a outubro de 2004, para avaliação da ocorrência, tratamento da OI no pós-operatório da retocolectomia total e reservatório ileal, e da identificação dos fatores possivelmente envolvidos na sua ocorrência.

No período, 131 pacientes foram submetidos a 137 procedimentos (retocolectomia total e

reservatório ileal e seis reservatórios que foram refeitos) para tratamento da RCU (78 pacientes) e PAF (53 pacientes). Dezoito pacientes (13,7%), sendo 12 do sexo feminino, com média de idade de 30,1 anos, foram selecionados para o presente estudo por terem apresentado quadro de OI.

Os pontos de interesse no estudo foram: a doença de base; causas da obstrução; ocorrência de OI após fechamento da ileostomia; se a colectomia total foi procedimento eletivo ou de urgência; número de episódios de obstrução por paciente; frequência de indicação cirúrgica ao longo do tempo na experiência do Serviço; e evolução tardia dos casos. Os episódios de OI foram considerados precoces quando ocorreram até o 30º. dia de pós-operatório e tardios, após esse período. Os pacientes foram também analisados quanto à terapêutica adotada, levando-se em conta se era indicada laparotomia de urgência ou conduta expectante, com emprego de jejum, descompressão com sonda nasogástrica, hidratação e correção de eventuais distúrbios hidro-eletrolíticos. Esta conduta conservadora era adotada quando o paciente apresentava-se estável clinicamente.

RESULTADOS

Dos dezoito pacientes, 10 (55,5%) eram portadores de RCU e oito de PAF (44,5%), sendo que um deles tinha carcinoma de cólon direito associado à PAF e neste realizou-se linfadenectomia até o tronco da artéria mesentérica superior. A média de idade dos pacientes foi de 30,1 (13-62) anos, sendo 12 do sexo feminino.

Identificaram-se 25 episódios de OI, com as seguintes causas que a originaram: bezoar em um episódio obstrutivo, síndrome da artéria mesentérica superior (dois), hérnia interna (três), bridas (17) e em dois episódios não ficou definida em prontuário a causa da obstrução. Um paciente apresentou OI tardia por hérnia interna e bridas e, outro, por bridas e bezoar.

Quatro pacientes evoluíram com OI no pós-operatório imediato do fechamento da ileostomia, e todos foram tratados cirurgicamente, tendo sido a ileostomia refeita em duas ocasiões.

Dois pacientes foram submetidos primariamente à colectomia total para tratamento de megacólon tóxico, mas apresentaram a OI após a cirurgia de proctectomia e reservatório ileal.

Quatorze pacientes tiveram apenas um episódio de OI (11 deles na fase precoce do pós-

operatório), ao passo que em dois pacientes ocorreu mais um, e dois pacientes com dois ou mais quadros obstrutivos. A necessidade de indicação cirúrgica foi analisada em dois períodos de 10 anos e observou-se que 12 pacientes (66,7%) tiveram 17 episódios de OI nos 10 primeiros anos, ao passo que em 6 (33,3%), esse diagnóstico ocorreu em 8 episódios nos últimos 10 anos. Em 20 ocasiões os pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico (14 nos primeiros 10 anos e 6 na segunda fase), e medidas clínicas conservadoras foram a opção em quatro ocasiões (duas nos primeiros 10 anos e duas na segunda fase).

O último caso da série tratado cirurgicamente foi em abril de 2001, tratando-se do paciente portador de PAF associada a carcinoma de cólon direito e o último caso que apresentou OI como complicação é de abril de 2002.

DISCUSSÃO

A retocolectomia total seguida de reservatório ileal com anastomose íleoanal é procedimento que ainda apresenta elevado índice de complicações e a OI continua sendo uma das mais frequentes.^{11,12,15} Aparentemente, a maior ocorrência de OI estaria relacionada aos pacientes que foram operados com RCU como doença de base. No entanto, nesta série, apesar de 10 pacientes (55,5%) terem sido portadores de RCU, não ficou evidente este fator como de importância na ocorrência de OI pós cirurgia de reservatório ileal. A existência de um paciente com carcinoma de cólon direito dentre aqueles portadores de PAF pode estar relacionada à maior radicalidade cirúrgica na realização da linfadenectomia e conseqüentemente com maior probabilidade de aparecimento de aderências mais significativas no pós-operatório.

As causas que originaram a OI foram decorrentes principalmente de bridas (em 17 episódios) ou associadas a outros fatores, como verificado em um paciente, que apresentou OI tardia por hérnia interna e bridas e em outro, decorrente de bridas e bezoar. Cox et al¹⁶ estudando causas de OI observaram que as bridas foram a principal causa de internação em 64% a 79% dos pacientes. Estudaram 144 internações para OI sendo bridas o fator desencadeante e observaram que estas aconteciam no pós operatório de procedimentos ligados ao cólon e reto em 23,3 % das vezes e do intestino delgado em 8,3%, entre outras, e que aconteciam como causa principal em 23,6% dos

pacientes que haviam sido submetidos a mais de uma cirurgia abdominal. Na experiência de Miller et al.¹³ também as bridas foram as causas mais importantes na gênese da OI.

A ocorrência de OI no pós-operatório do fechamento da ileostomia também é detalhe importante nesse tipo de procedimento, também observada em quatro episódios nesta casuística. Alguns autores têm mostrado menor número de complicações com OI quando não foi empregada a ileostomia de proteção.¹⁷⁻¹⁹ No entanto, a indicação de construção de ileostomia de derivação, em que pese sua evidente participação na etiologia de vários quadros de OI, deve ser criteriosamente julgada e na eventualidade da equipe ser de pequena experiência ou praticar pouco freqüentemente este procedimento, deve ser obrigatoriamente mantida, independente do caso e apesar dos seus riscos.

Em relação ao fato da colectomia total ter sido procedimento de urgência, e portanto, com o paciente em piores condições clínicas, e também da necessidade da realização de todo o tratamento cirúrgico em três tempos operatórios, nesta série de pacientes a cirurgia de urgência não pôde ser considerada fator determinante, dado que tal associação se deu apenas em dois pacientes (11,1%) da casuística.

A maioria dos pacientes (14 – 77,7%) apresentou apenas um episódio de OI, com os quadros obstrutivos ocorrendo na fase precoce (até o 30º. dia PO) em 11 deles. Este é um dado importante uma vez que pode indicar que, à medida que o tempo progride no pós-operatório, vai diminuindo a probabilidade da complicação ocorrer.

Dezesseis pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico, com um total de 20 procedimentos, e dois a medidas clínicas conservadoras, em quatro ocasiões. Esse é outro dado interessante que vem sendo estudado pela literatura, e também evidente nesta casuística, e diz respeito ao tipo de abordagem terapêutica que tem sido adotada no tratamento desta complicação. Nas fases iniciais da experiência, a tendência era a opção pela pronta indicação cirúrgica visando principalmente a diminuir a probabilidade de por em risco a viabilidade do reservatório e de maior morbidade por parte do paciente. Apesar de ter ocorrido recidiva do quadro obstrutivo em quatro pacientes (22,2%), pode-se dizer que essa possibilidade é pequena uma vez que em apenas dois pacientes ocorreu mais um episódio e em dois, mais dois quadros obstrutivos. Acrescente-se

também que tem havido uma tendência para diminuição de indicação cirúrgica para o tratamento desta complicação.⁸ Cox et al¹⁶, no estudo anteriormente citado com 144 admissões hospitalares para o tratamento de OI, observaram que a necessidade de tratamento cirúrgico aconteceu em apenas 61 delas. Fraser et al.¹⁴ também realizaram estudo para analisar as vantagens e desvantagens na escolha entre tratamento conservador e cirúrgico, assim como identificar possíveis fatores de risco que levariam à opção imediata pelo tratamento cirúrgico. Verificaram ser a frequência de indicação de cirurgia de 42% na média e que a OI, ocorrendo no pós-operatório imediato, deveria ser tratada conservadoramente nos pacientes estáveis clinicamente, o que na experiência deles resultou num mais rápido retorno da função intestinal do que quando os pacientes tiveram o tratamento cirúrgico indicado. Quanto aos possíveis fatores de risco presentes, o estudo não identificou nenhum considerado significativo. Miller et al¹³, em estudo semelhante, também não constataram risco adicional na escolha do tratamento conservador para os pacientes que tiveram esta opção de tratamento no que se referiu ao controle dos sintomas, ao tempo de internação e risco de recidiva. Na experiência do Serviço, esta indicação também tem diminuído, uma vez que 12 pacientes tiveram 17 episódios de OI nos 10 primeiros anos, ao passo que somente 6 tiveram 7

episódios nos últimos 10 anos. Chama atenção o fato de que, apesar de continuar praticando a mesma média anual desses procedimentos, não se observa novo caso de OI desde abril de 2002 e o último caso registrado na casuística em que houve a necessidade do tratamento cirúrgico foi em abril de 2001.

Em conclusão, apesar da extensão do procedimento, suas ligaduras vasculares, as grandes áreas de descolamento e a abordagem pélvica, serem possivelmente as principais causas da ocorrência da OI, há que se considerar também a importância que tem o momento do fechamento da ileostomia como de grande possibilidade de sua ocorrência. Todo o cuidado intra-operatório, visando à diminuição do trauma cirúrgico e à diminuição da possibilidade de sepse pós-operatória (evitando coleções pós-operatórias, operações na vigência de corticoterapias, perfurações de vísceras e contaminações grosseiras da cavidade etc.) é mandatório e obrigação da equipe cirúrgica. A impressão deste Serviço é que atualmente tem ocorrido menor número de casos de OI pós cirurgia do reservatório ileal e isso se deve principalmente ao desenvolvimento técnico das equipes cirúrgicas. Na eventualidade de sua ocorrência, a opção pela intervenção cirúrgica só deverá acontecer se forem esgotadas todas as possibilidades conservadoras de condução da OI, como o jejum prolongado, reequilíbrio hídrico e eletrolítico e medidas gerais de suporte.

SUMMARY: Small bowel obstruction (SBO) is still frequent following ileal pouch procedure. **Objective:** To study SBO occurrence, treatment, and possible involved factors on its occurrence. **Patients and Methods:** Retrospective study, between february/1983 and october/2004. During that period 131 patients underwent 137 procedures (total rectocolectomy and reto ileal pouches) to treat 78 patients with ulcerative colitis (UC) and 53 with familial adenomatous polyposis (FAP). Eighteen patients (13,7%, 12 female, mean age 30,1 years). had SBO. **Points of interest:** basic disease; causes of SBO; occurrence of SBO following ileostomy closure; if total colectomy was an elective or urgent procedure; number of occurrence of SBO per patient; frequency of surgical treatment; long term outcome. **Results:** Ten patients (55,5%) had UC and 8 (44,5%), had FAP. SBO occurred 25 times and causes were: bezoar (01), superior mesenteric artery syndrome (02), internal hernia (03), adhesions (17) and in 2, causes were not established. One patient had late SBO due to internal hernia and adhesions and another had SBO due to adhesions and bezoar. For 4 patients diagnosis was done in the immediate postoperative period of the ileostomy closure. Only one occurrence of SBO (11 in the precocious phase) was seen in 14 patients, otherwise 2 had one more and 2 patients had 2 or more occurrences. Surgical treatment was indicated for 12 patients who presented 17 occurrences of SBO during the first 10 years of follow-up and only 6 patients (8 occurrences of SBO) during the late 10 years. **Conclusion:** Instead of the causes of SBO related to the extension of the procedure, ileostomy closure is possibly associated to the occurrence of SBO. Less surgical trauma and the technical improvement in order to avoid postoperative sepsis are mandatory. Surgical indication after SBO has to be the option of treatment only if conservative clinical approach is not effective.

Key words: ulcerative colitis, surgical treatment; familial adenomatous polyposis, surgical treatment; ileal pouch; intestinal obstruction; small bowel obstruction.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Góes JRN, Fagundes JJ, Coy CSR, Ayrizono MLS, Medeiros RR, Leonardi LS. Retocolectomia total e anastomose íleoanal com reservatório ileal – experiência de 16 anos. **Rev Col Bras Cir** 2000;27:33-40.
2. Habr-Gama A, Teixeira MG. Tratamento cirúrgico da retocolite ulcerativa / Proctocolectomia restauradora com bolsa ileal. In: **Doenças Inflamatórias Intestinais**. Ed. Habr-Gama A, Atheneu, São Paulo, pag.133-47, 1997.
3. Góes JRN, Medeiros RR, Fagundes JJ. Colectomia total, proctomucosectomia e anastomose íleo-anal com reservatório ileal. **Rev bras Coloproct** 1984;4:138-9.
4. Góes JRN, Fagundes JJ, Costa AM, Peres MAO, Medeiros RR, Leonardi LS. Colectomia total, proctomucosectomia, reservatório ileal em tripla alça e anastomose íleo-anal. **Rev Col Bras Cir** 1986;13:173-80.
5. Góes JRN, Fagundes JJ, Costa AM, Peres MAO, Medeiros RR, Leonardi LS. Reservatório ileal pélvico. Detalhes de técnica operatória e avaliação das complicações. **Rev bras Coloproct** 1987;7:94-8.
6. Kiss D, Vilarino TC, Almeida MG. Tratamento cirúrgico da RCUI e da polipose cólica familiar pela proctocolectomia com anastomose de reservatório ileal em J ao canal anal, com e sem mucosectomia retal. **Rev bras Coloproct** 1991;11:131-41.
7. Habr-Gama A, Teixeira MG, Brunetti-Netto C, Souza Jr. AHS, Pinotti HW. Proctocolectomia com anastomose íleoanal e bolsa ileal para tratamento da RCUI. **ABCD Arq Bras Cir Dig** 1992;7:72-8.
8. Góes JRN. Reoperações nos reservatórios ileais pélvicos. In: **Doenças Inflamatórias Intestinais**. Ed. Habr-Gama A, Atheneu, São Paulo, pag.157-71, 1997.
9. Góes JRN, Fagundes JJ, Coy CSR, Ayrizono MLS. Preservação da arcada vascular do cólon direito para alongamento mesentérico na cirurgia do reservatório ileal. **Rev Col Bras Cir** 2002; 29:36-42.
10. Swenson BR, Hollenbeak CS, Koltun WA. Hospital costs and risk factors associated with complications of the ileal pouch anal anastomosis. **11.Surgery**. 2002;132:767-73.
11. Marcello PW, Roberts PL, Schoetz DJ Jr, Collier JA, Murray JJ, Veidenheimer MC. Obstruction after ileal pouch-anal anastomosis: a preventable complication? **Dis Colon Rectum** 1993;36:1105-11.
12. MacLean AR, Cohen Z, MacRae HM, O'Connor BI, Mukraj D, Kennedy ED, Parkes R, McLeod RS. Risk of small bowel obstruction after the ileal pouch-anal anastomosis. **Ann Surg** 2002;235(2):200-6.
13. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Readmission for small-bowel obstruction in the early postoperative period: etiology and outcome. **Can J Surg** 2002;45:255-8.
14. Fraser SA, Shrier I, Miller G, Gordon PH. Immediate post laparotomy small bowel obstruction: a 16-year retrospective analysis. **Am Surg** 2002 Sep;68(9):780-2.
15. Read TE, Schoetz DJ Jr, Marcello PW, Roberts PL, Collier JA, Murray JJ, Rusin LC. Afferent limb obstruction complicating ileal pouch-anal anastomosis. **Dis Colon Rectum** 1997;40:566-9.
16. Cox MR, Gunn IF, Eastman MC, Hunt RF, Heinz AW. The operative aetiology and types of adhesions causing small bowel obstruction. **Aust N Z J Surg** 1993;63:848-52
17. Gorfine SR, Gelernt IM, Bauer JJ, Harris MT, KreeI I. Restorative proctocollectomy without diverting ileostomy. **Dis Colon Rectum** 1995;38:188-94.
18. Sugerma n HJ, Sugerma n EL, Meador JG, Newsome HH Jr, Kellum JM Jr, DeMaria EJ. Ileal pouch anal anastomosis without diversion. **Ann Surg** 2000;232:530-41.
19. Ikeuchi H, Shoji Y, Kusunoki M, Yanagi H, Noda M, Yamamura T. Clinical results after restorative proctocollectomy without diverting ileostomy for ulcerative colitis. **Int J Colorectal Dis** 2004;19:234-8.

Endereço para correspondência:

Juvenal Ricardo Navarro Góes
Rua Dr Antonio Augusto de Almeida, 37
Cidade Universitária
13.083-755 – Campinas (SP)