

# PROCTOCOLECTOMIA TOTAL E ANASTOMOSE ÍLEO-RETAL COM RESERVATÓRIO ILEAL NA RETOCOLITE ULCERATIVA ASSOCIADA À POLIPOSE

TOTAL PROCTOCOLECTOMY AND ILEUM-RECTAL ANASTOMOSIS WITH ILEAL RESERVATORY IN ULCERATIVE RECTOCOLITIS ASSOCIATED TO POLYPOSIS

DAYANE CRISTINE QUIROGA PUGAS LOPES<sup>1</sup>, HÉLCIO KAZUHIRO WATANABE<sup>2</sup>

1. Médica Residente de Cirurgia Geral da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer; 2. Médico, Coordenador da Residência de Cirurgia Geral da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer.

\*PR 218 Km 01, Jardim Universitário, Arapongas, Paraná, Brasil. CEP: 86702-000 [biblioteca@hospitaljoaodefreitas.com.br](mailto:biblioteca@hospitaljoaodefreitas.com.br)

Recebido em 21/09/2015. Aceito para publicação em 25/11/2015

## RESUMO

O tratamento cirúrgico, através daproctocolectomia total com anastomose íleo-retal e reservatório ileal, tem sido a melhor alternativa para a colite ulcerativa e para a polipose. Reportamos um caso em que o paciente sofria de colite ulcerativa associada à polipose por anos, onde o tratamento clínico mostrou-se ineficiente após um período determinado; então, a cirurgia tornou-se uma opção. Através de um tratamento cirúrgico, foi possível produzir uma melhora significativa na qualidade de vida do paciente e até mesmo a cura.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença inflamatória intestinal, colite ulcerativa, proctocolectomia.

## ABSTRACT

The surgical treatment through total proctocolectomy with ileum-rectal anastomosis and its ileal reservoir has been the best alternative for ulcerative colitis and for polyposis. It may be reported an instance in which the patient had suffered from ulcerative colitis associated to polyposis for years and clinical treatment proved to be inefficient after a determined period; then surgery became an option. Through surgical treatment, it is possible to infer a relevant improvement on patient's life quality and even healing.

**KEYWORDS:** Intestinal inflammatory disease, ulcerative colitis, proctocolectomy.

## 1. INTRODUÇÃO

A colite ulcerativa é uma doença crônica, de etiologia desconhecida, que se caracteriza por inflamação da mucosa e submucosa do intestino grosso, sendo também denominada de colite ulcerativa mucosa e retocolite ulcerativa<sup>1</sup>.

As opções terapêuticas disponíveis para o tratamento clínico da retocolite promovem remissão das crises, mas não a cura. Entre as mais conhecidas estão a sulfadiazina,

ácido 5-aminossalicílico (5-ASA), corticoesteróides e os agentes imunossupressores e imunorreguladores (azatioprina, mercaptopurinas, methotrexate e ciclosporinas)<sup>2</sup>.

O tratamento cirúrgico tem um papel importante, à medida que a remoção de todo cólon e reto representa alternativa curativa para a doença. Indica-se o tratamento cirúrgico para os pacientes refratários ao tratamento clínico, com elevado risco de câncer colorretal, na manifestação extra-intestinal sem controle clínico, no retardo do crescimento em crianças e nas urgências como a colite aguda grave, perfuração ou hemorragia<sup>2,3,4</sup>.

## 2. RELATO DE CASO

OJF, 68 anos, natural de Santana de Mundau, residente em Porecatu, casado, lavrador aposentado.

Nega comorbidades, cirurgias prévias, alergias, doenças familiares. Refere ser ex-tabagista.

Paciente relatou início do quadro clínico há 4 anos, apresentando episódios de diarreia, associado a enterorragia e anemia. Referiu internamentos prévios devido a desidratação (SIC).

Buscou o serviço Hospital Regional João de Freitas em 2010, e apresentou uma colonoscopia demonstrando presença de pólipos e colite ulcerativa. Iniciou-se o tratamento clínico com sulfadiazina associada à dieta e foi solicitada nova colonoscopia a ser realizada em 4 meses.

Paciente retorna em junho de 2010 com o resultado da colonoscopia similar à anterior. Solicitou-se nova colonoscopia controle e foi mantido o tratamento clínico.

No retorno, o paciente referiu ter apresentado novamente os sintomas. Resultado da colonoscopia mantido. Optou-se por iniciar mesalazina e prednisolona; no entanto, houve reação alérgica medicamentosa, sendo necessário retornar para sulfadiazina associada à prednisolona.

Após nova colonoscopia, paciente retornou em outubro de 2013 com o anátomo-patológico demonstrando

microfoco de neoplasia maligna no segmento 3 do sigmóide. Indicou-se, portanto, o tratamento cirúrgico.

Solicitados e avaliados exames pré-operatórios.

Realizado internamento no dia 09/12/2013 e iniciado preparo intestinal. O paciente foi submetido à cirurgia no dia 10/12/2013, e optou-se pela proctocolectomia total com confecção de bolsa ileal com stapler linear e anastomose íleo-retal com stapler circular. Durante o internamento não houve intercorrências. O paciente evoluiu hemodinamicamente estável, afebril, sem queixas. Librou-se a dieta líquida sem resíduos no dia 13/12/2013, com boa aceitação. Paciente recebeu alta hospitalar no dia 18/12/2013 com orientações, dieta, antibiótico e retorno ambulatorial.

No retorno ambulatorial, OJF apresentou-se satisfeito com a cirurgia, em bom estado geral, sem alterações no exame físico.

O resultado do anátomo-patológico demonstrou polipose intestinal e ausência de malignidade.

### 3. DISCUSSÃO

A retocolite ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória, que afeta a mucosa e submucosa colorretal, diferenciando-se da Doença de Crohn que pode acometer todo trato gastrointestinal. A incidência é maior nos países desenvolvidos. A causa da RCU permanece desconhecida, sendo que a teoria mais aceita sugere etiologia multifatorial (fatores dietéticos, infecciosos, genéticos e imunológicos)<sup>1,2</sup>.

Quanto à histopatologia, a proctoscopia da mucosa do reto mostra aumento da vascularização, associada à friabilidade e sangramento ao contato. A mucosa tem aparência granular e pode ser ulcerada. À medida que a doença se torna crônica, desenvolvem-se os pseudopólipos ou pólipos inflamatórios, que são ilhas de mucosa inflamada envolta por áreas de mucosa desnuda (úlceras). Por ser considerada uma doença pré-maligna, a displasia decorrente da RCU crônica pode progredir para carcinoma invasivo<sup>1,2</sup>.

As manifestações clínicas podem iniciar lentamente ou de forma aguda, sendo a diarreia sanguinolenta o sintoma mais comum. Pode estar associado à perda de apetite, perda de peso e dor abdominal do tipo cólica, anemia. Doença perianal é um achado incomum<sup>1,2,3</sup>.

As manifestações extra-intestinais incluem artrite, espondilite anquilosante, eritema nodoso, pioderma gangrenoso e colangite esclerosante primária. Podem prece-der, acompanhar ou seguir-se à colite<sup>1,2</sup>.

Uma história clássica pode alertar para a possibilidade do diagnóstico de colite ulcerativa, mas os achados endoscópicos são essenciais para determinar a doença. Na fase aguda da doença, a proctossigmoidoscopia em geral é suficiente, pois o reto encontra-se inflamado. A colonoscopia oferece pouca informação adicional no

quadro agudo e aumenta o risco de perfuração. A presença de doença difusa, confluyente, simétrica começando na linha denteada proximalmente é compatível com colite ulcerativa. Deve-se coletar amostras de biópsia da mucosa proveniente de locais seriados e enviadas para o laboratório. O paciente deve ser avaliado quanto à possibilidade do quadro de anemia e necessidade de suplementação de ferro ou até transfusão sanguínea. Há uma alta incidência de intolerância a lactose e derivados do leite na fase aguda que, portanto, devem ser abolidos. Em casos de períodos prolongados de anorexia e atividade da doença, pode ser necessária a utilização de nutrição parenteral total<sup>1,2</sup>.

Quanto ao tratamento, os corticosteróides são muito efetivos na indução da remissão durante a exacerbação da colite ulcerativa. Após obter-se a remissão da fase aguda, inicia-se redução dos corticóides. A sulfasalazina ou, a sua parte ativa, o 5-ASA (mesalazina) é utilizada para reduzir a recidiva dos episódios agudos. Outras medicações imunossupressivas como ciclosporinas, azatioprina e a 6-mercato purina podem ser utilizadas na fase crônica<sup>1,2</sup>.

A colite afeta o reto e o cólon em extensão variável. Quanto menos cólon for afetado, maior será a tendência de o tratamento clínico ser eficaz<sup>2</sup>.

O tratamento cirúrgico é indicado para pacientes refratários ao tratamento clínico, hemorragia, carcinoma ou displasia, manifestações extra-intestinais graves, colite fulminante<sup>1,2,5</sup>.

Se o paciente estiver sendo operado de forma eletiva e apresentando ritmo intestinal normal, está indicado o preparo intestinal formal com polietilenoglicol ou manitol e antibióticos<sup>1,4</sup>.

As alternativas de tratamento cirúrgico incluem: proctocolectomia com ileostomia terminal permanente, proctocolectomia com ileostomia continente, colectomia com anastomose ileorretal e proctocolectomia com reservatório pélvico e anastomose ileoanal<sup>1,2,5,6</sup>.

O tratamento cirúrgico da colite tóxica sem dilatação consiste em colectomia e ileostomia, enquanto o megacólon tóxico deve ser tratado com ileostomia associada à colostomia descompressiva<sup>1</sup>.

Em nosso caso, apresentamos um paciente com retocolite ulcerativa associado a polipose, no qual houve indicação inicial de tratamento clínico. No entanto, o paciente apresentou recorrência dos sintomas, com piora do quadro clínico. Optou-se, portanto, pelo tratamento cirúrgico. Este foi determinante na melhora da qualidade de vida do paciente e na cura da doença.

O tratamento cirúrgico na RCU tem um papel importante, à medida que a remoção de todo reto e cólon representa alternativa curativa para a doença. Apesar da morbidade pós-operatória ser relativamente alta, variando de 30-50%, os resultados globais são satisfatórios<sup>4,6</sup>.

#### 4. CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico permite melhora da qualidade de vida do paciente, além de permitir a cura da doença.

A opção por realizar a bolsa ileal é um aspecto relevante na qualidade funcional traduzida por boa continência e satisfatória frequência de evacuações.

#### REFERÊNCIAS

---

- [1]. Sabiston, Tratado de Cirurgia. 18ed. Elsevier.2010; 2:1289-98.
- [2]. Coelho J. Manual de Clínica Cirúrgica. Atheneu. 2009; 1:1104-16
- [3]. Biondo-Simões M, Mandelli K, *et al.* Opções terapêuticas para doenças inflamatórias intestinais: revisão. Rev-BrasColoproct. 2003; 23(3):172-82.
- [4]. Moreira André. Tratamento cirúrgico na retocolite ulcerativa. Rev do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. 2012; 41-45.
- [5]. Góes NJ, Fagundes J, *et al.* Retocolectomia total e anastomose íleo-anal com reservatório ileal. Experiência de 16 anos. Rev do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 1999; 27(1):33-40.
- [6]. Habr-gama A, Teixeira MG, *et al.* Proctocolectomia total com anastomose ileoanal e bolsa ileal em J para tratamento de retocolite ulcerativa. Rev Bras Colo-Proct. 1993; 13(3):100-05.