

TRATAMENTO CIRÚRGICO NA RETOCOLITE ULCERATIVA

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA

RESUMO

O tratamento cirúrgico na retocolite ulcerativa (RCUI) tem um importante papel, à medida que a remoção de todo o cólon e o reto representa uma alternativa curativa para a doença. A cirurgia na RCUI está indicada nos 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. A proctocolectomia com bolsa íleo-anal é a cirurgia de escolha para a maioria dos pacientes com indicação cirúrgica eletiva, apesar de uma morbidade cirúrgica significativa. A proctocolectomia total com ileostomia terminal tem seu lugar nos candidatos ruins para a construção da bolsa e a colectomia total com anastomose íleo-retal ainda pode ser uma opção em pacientes altamente selecionados.

PALAVRAS-CHAVE: *Retocolite ulcerativa; Bolsa ileal; Cirurgia; Colite.*

INTRODUÇÃO

A retocolite ulcerativa (RCUI) é uma doença inflamatória que afeta a mucosa colorretal. Logo, o tratamento cirúrgico tem um importante papel à medida que a remoção de todo o cólon e o reto representa uma alternativa curativa para a doença. Antes da década de setenta, a opção cirúrgica definitiva para os pacientes com RCUI limitava-se a proctocolectomia total com ileostomia terminal.¹ A colectomia total com anastomose íleo-retal era a única opção para evitar um estoma permanente. Entretanto, esta alternativa mantinha o reto, na maioria das vezes doente, com risco de proctite refratária e desenvolvimento de câncer retal. Após o desenvolvimento da bolsa íleo-anal como reservatório pélvico no final da década de setenta, esta se tornou a opção cirúrgica de escolha para a maioria dos pacientes com retocolite ulcerativa, evitando assim o estoma permanente e reduzindo o risco de câncer.² A incidência de colectomia na retocolite ulcerativa varia de 20 a 40%, sendo que o risco é maior nos pacientes com pancolite.³

INDICAÇÕES CIRÚRGICAS NA RETOCOLITE ULCERATIVA

A cirurgia eletiva na RCUI está indicada nos pacientes refratários ao tratamento clínico, com elevado risco de câncer colorretal, na manifestação extra-intestinal sem controle clínico e no retardo do crescimento em crianças. Além disso, a cirurgia de urgência também é necessária nos casos de colite aguda grave refratária, com perfuração ou hemorragia.

CIRURGIA DE URGÊNCIA

Durante um episódio de colite aguda grave, o paciente é internado e tratado clinicamente de forma agressiva com reposição volêmica, altas doses de corticoesteróides por via parenteral e repouso intestinal. Se após 72 horas de tratamento conservador o paciente não tiver melhorado clinicamente, é necessário que se mude a estratégia.⁴ As opções são associar outros medicamentos, como a ciclosporina venosa ou um agente biológico anti-TNF alfa (infliximabe), ou oferecer ao paciente o tratamento cirúrgico. No caso de resposta parcial ao tratamento clínico, e se após 1 semana não houver resposta à colite aguda, a cirurgia também deve ser indicada ao paciente. O risco de se adiar a indicação cirúrgica nos casos agudos, principalmente na presença de megacólon tóxico, é a perfuração intestinal, que quando ocorre, pode levar a uma taxa de mortalidade próxima de 50%. No caso de uma operação de emergência, o cirurgião deve optar por uma colectomia subtotal com uma ileostomia terminal e sepultamento do coto retal abaixo da fascia aponeurótica no terço distal da incisão cirúrgica. Essa estratégia apresenta uma menor morbidade e pode ser realizada com segurança em um paciente grave com sinais de toxicidade sistêmica.⁵

CIRURGIA ELETIVA

Os pacientes refratários ao tratamento clínico são aqueles que não conseguem controlar os sintomas, apesar do uso de medicamentos, ou aqueles que requerem o uso contínuo ou

frequente de corticosteroides para controle dos sintomas. O uso crônico desses medicamentos pode levar a efeitos colaterais e reações adversas de grande impacto para a saúde dos pacientes. A cirurgia deve ser indicada nesses casos de forma eletiva e a opção mais utilizada atualmente é a proctocolectomia total, com a formação de um reservatório ileal anastomosado ao canal anal, também chamado de bolsa íleo-anal. Assim, o paciente é capaz de manter a função evacuatória e a continência fecal no pós-operatório, usualmente apresentando 4 a 6 evacuações líquido-pastosas por dia, sem urgência ou sintomas abdominais.⁶

PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM BOLSA ÍLEO-ANAL

A técnica mais empregada na formação do reservatório ileal é a bolsa em “J”, porém outras conformações da bolsa em “S” e “W” também já foram descritas e realizadas. A bolsa em “J” é tecnicamente mais fácil, e rápida de ser construída, especialmente com uso de grampeadores lineares e circulares, e deve ter um comprimento de 10-15cm para funcionar como um bom reservatório fecal.

A desvantagem desse método são as complicações pós-operatórias, levando a uma taxa de morbidade que não pode ser descartada. Alguns fatores têm sido associados a uma maior chance de complicação cirúrgica, tais como: altas doses de corticoesteróides, a gravidade da doença e a obesidade.⁷ A principal complicação é a sepse pélvica causada por deiscência da linha de sutura e/ou abscessos pélvicos, levando, muitas vezes, à disfunção do reservatório e perda da bolsa íleo-anal. Na presença dos fatores de risco, a chance de perda da bolsa íleo-anal pode ser minimizada estagiando o tratamento cirúrgico. Este estagiamento pode ser feito em 2 ou 3 etapas.⁸ O procedimento em duas etapas requer uma primeira cirurgia quando se realiza a proctocolectomia total com bolsa íleo-anal e ileostomia de proteção em alça e um segundo procedimento, para o fechamento da ileostomia após 3 meses. O procedimento em 3 etapas

envolve a colectomia subtotal com ileostomia terminal, a proctectomia complementar com bolsa íleo-anal e ileostomia em alça de proteção após 6 meses, e o fechamento da ileostomia após 3 meses da construção da bolsa íleo-anal. O procedimento em 3 etapas permite que o paciente possa descontinuar o uso de corticoesteróides, imunomoduladores e agentes biológicos, além de melhorar o aspecto nutricional, possibilitando a construção do reservatório em “J” nas melhores condições clínicas possíveis.

Além disso, a cirurgia da bolsa íleo-anal apresenta algumas morbidades a longo prazo, como uma possível redução na fertilidade em mulheres jovens provavelmente causada por aderências cirúrgicas na pelve, disfunção sexual por lesão da inervação pélvica e obstrução intestinal por brida em até 20% dos pacientes.^{9,10} Acredita-se que a abordagem laparoscópica pode minimizar os efeitos na fertilidade por reduzir as aderências cirúrgicas, porém isto ainda necessita de comprovação científica. Outra complicação a longo prazo é a bolsite ou “pouchitis” que pode estar presente em quase 40% dos pacientes com bolsa íleo-anal. Entretanto, a grande maioria dos pacientes com bolsite aguda respondem ao tratamento clínico com antibióticos e somente uma minoria irá evoluir para bolsite crônica refratária.¹¹

DISPLASIA E CÂNCER

Os pacientes com alto risco de câncer (presença de displasia) ou com adenocarcinoma colorretal também devem ser submetidos a cirurgia eletiva. Os pacientes com pancolite e duração da doença maior do que 8 anos devem ser seguidos com colonoscopias anuais ou bianuais associado a múltiplas biópsias para rastreamento de displasia. Na presença de displasia de alto grau, a chance de câncer colorretal concomitante pode chegar a 30-40% e por isso, a cirurgia profilática está indicada. Nos casos de displasia de baixo grau, a colectomia também é recomendada, porém o manejo não cirúrgico também tem sido sugerido por alguns cirurgiões, com a repetição da colonoscopia e

realização de novas biópsias.¹²

Nos casos de displasia ou câncer colorretal, a cirurgia indicada é a proctocolectomia total com bolsa íleo-anal. Na maioria das vezes, esses pacientes estão em remissão da doença inflamatória e podem ser submetidos ao procedimento em 1 ou 2 etapas. A controvérsia técnica fica por conta de realizar ou não uma mucosectomia. Quando construímos a anastomose da bolsa íleo-anal com o grampeador circular, não removemos a zona de transição anorretal, que representa a mucosa do canal anal acometida pela RCUI. Essa faixa de mucosa pode causar inflamação que chamamos de “cuffitis” e representa um risco teórico de displasia e câncer. Por isso, alguns cirurgiões recomendam a retirada dessa mucosa, chamada de mucosectomia, e construção da anastomose íleo-anal com sutura manual através do períneo. Entretanto, a continência anal parece ser melhor preservada quando essa zona de transição anorretal é poupada, levando a uma melhor função intestinal e qualidade de vida.^{13,14} Por outro lado, os relatos de câncer na bolsa íleo-anal ocorreram tanto em pacientes submetidos a anastomose grampeada e preservação da zona de transição anal quanto em pacientes submetidos a mucosectomia.¹⁵ Apesar das controvérsias, recomenda-se que seja realizada a mucosectomia nos pacientes com displasia de alto grau no reto ou com câncer colorretal diagnosticados previamente.

PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM ILEOSTOMIA TERMINAL

Atualmente, a proctocolectomia total com ileostomia terminal definitiva tem sido indicada para os pacientes que são candidatos ruins a construção da bolsa íleo-anal. Os pacientes com função esfinteriana já comprometida não serão capazes de manter a continência após a formação da bolsa íleo-anal. Os pacientes muito obesos podem ter dificuldade da bolsa íleo anal alcançar o fundo da pelve, tornando a construção da anastomose íleo-anal quase impossível tecnicamente. Finalmente, os pacientes com RCUI que desenvolvem um adenocarcinoma de

reto distal muito baixo irão necessitar de uma amputação abdomino-perineal oncológica com ileostomia definitiva para cura do câncer.¹

COLECTOMIA TOTAL COM ANASTOMOSE ÍLEO-RETAL

A colectomia total com anastomose íleo-retal tem sido um técnica quase esquecida no tratamento cirúrgico da retocolite ulcerativa. Essa opção está reservada apenas para pacientes altamente selecionados devido aos riscos de proctite refratária e a formação de displasia e câncer retal. Na verdade, a colectomia total com anastomose íleo-retal pode ser utilizada como um procedimento interino antes da bolsa íleo-anal em pacientes jovens com o reto relativamente poupado uma vez que ela pode preservar a fertilidade, pois não há dissecação pélvica durante o procedimento cirúrgico. Desse modo, o paciente pode realizar, em um segundo momento, a proctectomia complementar com formação da bolsa íleo-anal, após a constituição de sua família. Nestes casos, o rastreamento de displasia e câncer retal com proctoscopia anual e biópsias do reto se torna imperativo. Outra indicação para este procedimento ocorre naqueles pacientes com câncer de cólon avançado com múltiplas metástases incuráveis e uma expectativa de vida curta.¹⁶

MANIFESTAÇÕES EXTRAINTestinais

A proctocolectomia eletiva também pode ser indicada para algumas manifestações extraintestinais refratárias ao tratamento clínico. Em particular, as manifestações oculares e as artrites monoarticulares recorrentes respondem bem à retirada do cólon, entretanto a espondilite anquilosante, a colangite esclerosante primária e a sacroileíte não respondem ao tratamento cirúrgico e seguem uma evolução independente da doença intestinal.¹⁷

CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico na RCUI pode ser curativa à medida em que se remove todo o cólon e o reto. As técnicas cirúrgicas têm evoluído

para preservar a função evacuatória, minimizar as morbidades pós-operatórias e melhorar a cosmética com técnicas minimamente invasivas. Atualmente, a proctocolectomia com bolsa íleo-anal é a cirurgia de escolha para a maioria dos pacientes com indicação cirúrgica apesar de uma morbidade cirúrgica significativa. A proctocolectomia total com ileostomia terminal tem seu lugar nos candidatos ruins para a construção da bolsa e a colectomia total com anastomose íleo-retal ainda pode ser uma opção em pacientes altamente selecionados.

REFERÊNCIAS

1. Phillips RK, Ritchie JK, Hawley PR. Proctocolectomy and ileostomy for ulcerative colitis: The longer term story. *J R Soc Med.* 1989 Jul;82(7):386-7.
2. Jimmo B, Hyman NH. Is ileal pouch-anal anastomosis really the procedure of choice for patients with ulcerative colitis? *Dis Colon Rectum.* 1998 Jan;41(1):41-5.
3. Wexner SD, Rosen L, Lowry A, et al. Practice parameters for the treatment of mucosal ulcerative colitis-supporting documentation. The standards practice task force. The american society of colon and rectal surgeons. *Dis Colon Rectum.* 1997 Nov;40(11):1277-85.
4. Travis SP, Farrant JM, Ricketts C, et al. Predicting outcome in severe ulcerative colitis. *Gut.* 1996 Jun;38(6):905-10.
5. Alves A, Panis Y, Bouhnik Y, et al. Subtotal colectomy for severe acute colitis: A 20-year experience of a tertiary care center with an aggressive and early surgical policy. *J Am Coll Surg.* 2003 Sep;197(3):379-85.
6. Fazio VW, Ziv Y, Church JM, et al. Ileal pouch-anal anastomoses complications and function in 1005 patients. *Ann Surg.* 1995 Aug;222(2):120-7.
7. Kiran RP, da Luz Moreira A, Remzi FH, et al. Factors associated with septic complications after restorative proctocolectomy. *Ann Surg.* 2010 Mar;251(3):436-40.
8. Mor IJ, Vogel JD, da Luz Moreira A, et al. Infliximab in ulcerative colitis is associated with an increased risk of postoperative complications after restorative proctocolectomy. *Dis Colon Rectum.* 2008 Aug;51(8):1202-7; discussion 1207-10.
9. Gorgun E, Remzi FH, Goldberg JM, et al. Fertility is reduced after restorative proctocolectomy with ileal pouch anal anastomosis: A study of 300 patients. *Surgery.* 2004 Oct;136(4):795-803.

10. Hueting WE, Gooszen HG, van Laarhoven CJ. Sexual function and continence after ileo pouch anal anastomosis: A comparison between a meta-analysis and a questionnaire survey. *Int J Colorectal Dis.* 2004 May;19(3):215-8.
11. Pardi DS, D'Haens G, Shen B, et al. Clinical guidelines for the management of pouchitis. *Inflamm Bowel Dis.* 2009 Sep;15(9):1424-31.
12. Thomas T, Abrams KA, Robinson RJ, et al. Meta-analysis: Cancer risk of low-grade dysplasia in chronic ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007 Mar 15;25(6):657-68.
13. Lovegrove RE, Constantinides VA, Heriot AG, et al. A comparison of hand-sewn versus stapled ileal pouch anal anastomosis (IPAA) following proctocolectomy: A meta-analysis of 4183 patients. *Ann Surg.* 2006 Jul;244(1):18-26.
14. Ziv Y, Fazio VW, Church JM, et al. Stapled ileal pouch anal anastomoses are safer than handsewn anastomoses in patients with ulcerative colitis. *Am J Surg.* 1996 Mar;171(3):320-3.
15. Ota H, Yamazaki K, Endoh W, et al. Adenocarcinoma arising below an ileoanal anastomosis after restorative proctocolectomy for ulcerative colitis: Report of a case. *Surg Today.* 2007;37(7):596-9.
16. da Luz Moreira A, Kiran RP, Lavery I. Clinical outcomes of ileorectal anastomosis for ulcerative colitis. *Br J Surg.* 2010 Jan;97(1):65-9.
17. Lohmuller JL, Pemberton JH, Dozois RR, et al. Pouchitis and extraintestinal manifestations

of inflammatory bowel disease after ileal pouch-anal anastomosis. *Ann Surg.* 1990 May;211(5):622-7.

ABSTRACT

Surgery has an important role on the treatment of ulcerative colitis (UC) since the complete removal of the colon and rectum can represent a curative alternative. Surgical resection is indicated for those patients refractory to medical treatment, with an high risk of colorectal cancer, extra-intestinal manifestations not responding clinically, for children with growth failure, and in urgent cases such as acute severe colitis, perforation and intestinal bleeding. Total proctocolectomy with an ileal pouch is the procedure of choice for the majority of patients presented with an elective indication, despite of its significant morbidity. Total proctocolectomy with end ileostomy can be indicated for those who are not good candidates for an ileal pouch and total colectomy with ileorectal anastomosis may still be an option in highly selected patients.

KEY WORDS: *Ulcerative colitis; Ileal pouch; Surgery; Colitis.*

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

ANA TERESA PUGAS CARVALHO

Professora Associada da Disciplina de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva - HUPE-UERJ;

Chefe do ambulatório de DII - HUPE-UERJ;

Doutora em Clínica Médica - PGCM-FCM-UERJ.

Endereço para correspondência:

Av. Nossa Senhora de Copacabana 540-sala 808

Rio de Janeiro - RJ, CEP 22020-001

Telefone: 21 2255-1968; 21 2257-9208.

Email: atpugas@yahoo.com.br

ARTIGO 1: ETIOPATOGENIA DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

BARBARA C. ESBERARD

Médica da Disciplina de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva - HUPE-UERJ;

Mestranda - PGCM-FCM-UERJ.

Endereço para correspondência:

R. Mariz e Barros, 288 - Niterói - RJ

Telefone: 55 21 2711-1061

E-mail: besberard@hotmail.com

ARTIGO 2: DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

MARIANA G. CABRAL

Médica Residente em Gastroenterologia - HUPE-UERJ.

FLÁVIO ABBY

Médico do Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal - HUPE-UERJ;

Titular em Endoscopia Digestiva pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED).

Endereço para correspondência:

Hospital Universitário Pedro Ernesto - Disciplina de Gastroenterologia /DII.

Boulevard 28 de setembro, 77, Vila Isabel

Rio de Janeiro - RJ

Telefone: 55 21 2868-8258

E-mail: marianagcabral@yahoo.com.br

ARTIGO 3: MANIFESTAÇÕES EXTRAIESTIAIS DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

ANA BRAUNSTEIN GRINMAN

Médica do Serviço de Gastroenterologia
HFSE-RJ;

Chefe do Ambulatório de DII - HFSE-RJ;

Mestre em Gastroenterologia
PGCM-FCM - UERJ.

Endereço para correspondência:
E-mail: anagrinman@oi.com.br

ARTIGO 4: TRATAMENTO CONVENCIONAL NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.

RENATA DE SÁ BRITO FRÓES

Mestranda - PGCM-FCM - UERJ.

Especialista em Gastroenterologia pela Federação
Brasileira de Gastroenterologia (FBG);

Especialista em Endoscopia Digestiva pela
Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva
(SOBED).

Endereço para correspondência:
R. Jornalista Henrique Cordeiro 120, 1706, bl2
Barra da Tijuca. Rio de Janeiro - RJ. CEP 22631-450
Telefone: 55 21 9183-7070
E-mail: refroes@gmail.com

ARTIGO 5: TERAPIA BIOLÓGICA.

ANA TERESA PUGAS CARVALHO

(Vide Editorial).

ARTIGO 6: TRATAMENTO CIRÚRGICO NA RETOCOLITE ULCERATIVA.

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA

Médico da Disciplina de Coloproctologia - HUPE-
UERJ;

Titular da Sociedade Brasileira de Coloproctologia

Endereço para correspondência:
Praça Serzedelo Correa, 15/1007 - Copacabana
Rio de Janeiro - RJ. CEP 22040-050
Telefone: 55 21 2547-0801
E-mail: andre luzmoreira@yahoo.com.br

ARTIGO 7: TRATAMENTO CIRÚRGICO NA DOENÇA DE CROHN.

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA

(Vide Artigo 6).

ARTIGO 8: TRATAMENTO NUTRICIONAL NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

CRISTINA F. DIESTEL

Nutricionista do Ambulatório de Doenças
Inflamatórias Intestinais da Disciplina de
Gastroenterologia - HUPE-UERJ;

Doutora em Fisiopatologia e Ciências Cirúrgicas -
UERJ.

MARIANA C. DOS SANTOS

Residente de Nutrição do Ambulatório de
Doenças Inflamatórias Intestinais da Disciplina de
Gastroenterologia - HUPE-UERJ.

MARCELA D. ROMI

Residentes de Nutrição do Ambulatório de
Doenças Inflamatórias Intestinais da Disciplina de
Gastroenterologia - HUPE-UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua General Roca n.º 472/401 - Tijuca - RJ/RJ -
CEP 20521-070
Telefone: 55 21 8820-8858
E-mail: crisdiestel@hotmail.com

ARTIGO 9: INTER-RELAÇÃO ENTRE A PERIODONTITE E A DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.

JULIANA S. B. MENEGAT

Professora da Disciplina de Periodontia - FOUERJ;
Doutoranda em Periodontia - FOUERJ.

ROBERTA R. PEDREIRA

Oficial de Carreira Dentista - PMERJ;
Mestre em Periodontia - FOUERJ.

RICARDO G. FISCHER

Professor Titular da Disciplina de Periodontia -
FOUERJ;
Vice-Diretor - FOUERJ;
Doutor em Periodontia - FOUERJ.

CARLOS MARCELO S. FIGUEREDO

Procientista - UERJ.
Pesquisador do Departamento de Periodontia do
Instituto Karolinska (Estocolmo)
Doutor em Periodontia - FOUERJ.

Endereço para correspondência:
Faculdade de Odontologia Universidade do Estado
do Rio de Janeiro.
Av. Boulevard 28 de setembro, 157 – Vila Isabel
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20551-530
Telefone: 21 2587-6382 / 9996-5530
E-mail: jmenegat@hotmail.com

ARTIGO 10: CASO CLÍNICO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA

(Vide Artigo 6).

FOTOS DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DII DO HUPE-UERJ.

ANA TERESA PUGAS CARVALHO

(Vide Editorial).