

CONFEÇÃO DE VÁLVULAS BIOLÓGICAS (SEROMIOTOMIAS) PARA CONTROLE DE DIARRÉIA INTRATÁVEL APÓS COLECTOMIA TOTAL POR INÉRCIA COLÔNICA

Biological valves (seromyotomy) for treatment of clinically intractable diarrhea post total colectomy due to colonic inertia

Beatriz **DEOTI**, André Rossetti **PORTELA**, Alexandre Martins da Costa **EL-AOUAR**

Trabalho realizado no Instituto Mário Penna, Unidade Hospital Luxemburgo, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Correspondência:

Beatriz Deoti
bardesiro@terra.com.br

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 19/09/2012

Aceito para publicação: 05/03/2013

INTRODUÇÃO

A inércia colônica é causa de constipação crônica grave, provocando trânsito intestinal lento em toda extensão do intestino grosso. Este distúrbio ainda é mal compreendido, não tem fisiopatologia definida e existe deficiência de acesso à propedêutica⁹.

O tratamento operatório ocorre no insucesso do tratamento conservador quando há trânsito colônico alterado e estudo fisiológico da pelve normal. A colectomia abdominal total com anastomose ileorretal é o procedimento de escolha para estes pacientes. O tratamento cirúrgico é conduta de exceção devido às complicações e a morbimortalidade da retirada do intestino grosso. A literatura mostra poucos resultados da operação a longo prazo^{7,13}.

O escopo deste relato é apresentar uma técnica cirúrgica que pode ser aplicada em pacientes submetidos à colectomia total com diarreia intratável.

RELATO DO CASO

Mulher de 56 anos apresentou-se para atendimento médico com diarreia intratável e dermatite perianal grave. Foi submetida à colectomia total por constipação há 20 anos porque ficava até 12 dias sem evacuar. Evoluiu com quadro de diarreia incontrolável, com urgência evacuatória, dermatite perineal grave, sem resposta efetiva ao uso constante de loperamida e de medidas clínicas de dieta. Apresentava até 40 evacuações ao dia. Tornou-se alcoolista, com distúrbio psiquiátrico em uso crônico de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos e foi afastada do emprego. Foi reorientada quanto à tentativa de novas doses de loperamida, da dieta e da importância do tratamento psicológico e psiquiátrico

para alcoolismo. Foram solicitados enema opaco duplo contraste e manometria anorretal. O enema apresentou reto normal, refluxo para o íleo e anastomose ileorretal pérvia. Na manometria verificaram-se pressões esfinterianas internas e externas normais e reflexo anal inibitório presente, sem sinal sugestivo de contração do músculo puborretal. A sensibilidade estava preservada.

A proposta inicial foi acompanhá-la durante o tratamento psiquiátrico para o alcoolismo. Depois de discutido caso com psiquiatra e com apoio da família a paciente decidiu operar um ano e meio após o primeiro atendimento. A proposta cirúrgica foi confeccionar três seromyotomias ileais equidistantes, 10 cm uma da outra, craniais à anastomose ileorretal, através da secção da seromuscular até a camada mucosa, circunferencialmente (360°), sem lesão do mesentério, seguida de sutura com pontos simples, extramucosos (Figura 1)^{1,2,8,11}.

Ela evoluiu bem no pós-operatório imediato sem intercorrências. Compareceu em todos os retornos relatando no máximo seis evacuações por dia e com resolução da dermatite e em tratamento psiquiátrico. Foi submetida à enema opaco para estudo morfológico da ileorretoanastomose mais seromyotomias (Figura 2).

DISCUSSÃO

A constipação afeta uma a cada 50 pessoas nos EUA, com incidência três vezes maior nas mulheres. Pacientes submetidos a tratamento operatório para inércia colônica constituem parcela mínima. Coube a Lane, em 1908, descrever 39 casos de pacientes, tratados cirurgicamente de formas diversas¹⁵. A anastomose ileorretal na colectomia total e as colectomias segmentares com anastomoses cecorretais e ileossigmoideanas são opções empregadas. Estudos mostram que a colectomia subtotal com anastomose cecorretal é procedimento viável e seguro nos casos de inércia colônica isolada, podendo persistir dor abdominal leve, porém, sem retorno da constipação. A frequência evacuatória observada com esta técnica foi de 4.8 ± 7.5 por dia^{4,6,7,13,15}.

Existem várias formas de melhor avaliar a função colônica e do assoalho pélvico no diagnóstico final da inércia colônica. As pressões do complexo esfinteriano do ânus no repouso e na contração são avaliadas na

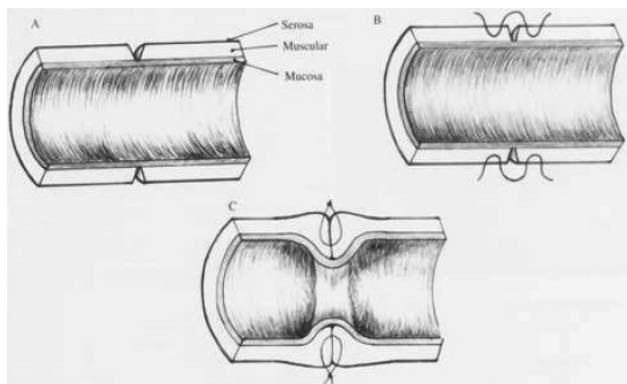


FIGURA 1 – Ilustração da seromiectomia circunferencial extramucosa, seguida de pontos invaginantes (válvulas colônicas)¹¹

manometria anorretal que deve ser indicada nesses pacientes¹². O defecograma é necessário para avaliar a musculatura do assoalho pélvico, o reto e o canal anal em relação à evacuação, ou seja, as anormalidades funcionais e morfológicas da região anorretal. A eletromiografia é indicada para diagnosticar a síndrome da contração paradoxal do músculo puborretal. O tempo de trânsito colônico é considerado o exame de escolha para a caracterização da constipação intestinal funcional, e é de fácil realização. Na avaliação de pacientes com inércia colônica, a associação de exames é recomendada para melhor embasar o processo fisiopatológico que leva à inércia colônica¹⁰. Segundo esta paciente a eletromiografia não foi realizada no pré-operatório porque não conseguiu o exame. O paciente obrigatoriamente deve ser informado que a operação trata apenas a constipação.

O aumento do número de evacuações após a operação pode ser responsável pela piora da qualidade de vida. A literatura relata ocorrência dela entre 0% e 46%. Esta grande variação reforça as discussões relacionadas aos benefícios desse tipo de operação, mesmo sendo ela realizada há quase um século^{9,13}.

A definição de sucesso cirúrgico no tratamento da inércia colônica é vaga. Alguns autores consideram sucesso quando ocorrem não mais de três evacuações por dia e não menos de uma a cada três dias^{3,14}.

A qualidade de vida com a ileostomia definitiva para tratamento de diarreia mostrou ter efeito negativo. Buscando resolvê-la de forma mais fisiológica, foi proposto para esta paciente a confecção das seromiectomias, seguindo os princípios emanados por Lázaro da Silva (1991) na confecção da colostomia perineal¹⁵. Tal sutura resulta em discreto anel fibrótico sem estenose da luz intestinal, mas responsável pelo mecanismo frenador do conteúdo entérico^{1,2,5,6,11,14}. O acompanhamento de 34 meses mostrou-a psicologicamente bem melhor, mantendo tratamento para o alcoolismo sem recaída, sem diarreia, evacuando de quatro a no máximo seis vezes por dia, sem dermatite, com melhora das fissuras anais crônicas, reinserida no contexto social e conseguindo levar vida mais próxima do normal.

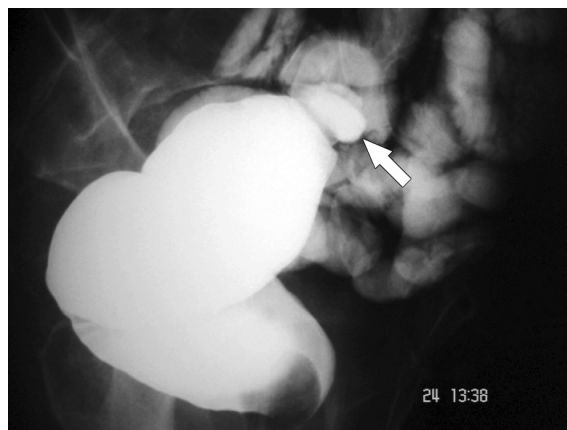


FIGURA 2 - Enema baritado: reto e seromiectomia (seta). Observa-se que não existe dilatação de íleo a montante da primeira válvula (seta)

REFERÊNCIAS

- Deoti B, Arantes RME, Campos CF, Hayck J, Lázaro da Silva A. Morphology and immunohistochemistry of the myenteric plexus of valves constructed in the colon of rats submitted to abdominoperineal amputation and perineal colostomy. *Acta Cir Bras.* 2013;28(4): 272-81
- Deoti B, Lázaro da Silva A, Oliveira MZ, Dinalli, AC. Histological study of the left colon of rats after extra-mucosal seromyotomy (continent valves): evaluation of colonic emptying. *Acta Cir. Bras.* 2008 May-June 23(3):230-236.
- Kamm MA, Hawley PR, Lennard-Jones JE. Outcome of colectomy for severe idiopathic constipation. *Gut* 1988;29:969-73.
- Lannelli A, Piche T, Dainese R, Fabiani P, Tran A, Mouiel J, Gugenheim J. Long-term results of subtotal colectomy with cecorectal anastomosis for isolated colonic inertia. *World J Gastroenterol.* 2007 May 14;13(18):2590-5.
- Lázaro da Silva A. Amputação abdômino-perineal com colostomia perineal. *Rev Bras Coloproctol.* 1991;11:105-8
- Pikarsky AJ, Singh JJ, Weiss EG, Nogueras JJ, Wexner SD. Long-term follow-up of patients undergoing colectomy for Colonic Inertia. *Dis Colon Rectum.* 2001;44(2):179-83.
- Riss S, Herbst F, Birsan T, Stift A. Postoperative course and long term follow up after colectomy for slow transit constipation – is surgery an appropriate approach? *Colorectal Dis.* 2009 Mar;11(3):302-7.
- Siqueira SL, Lázaro da Silva A, Reis OAF, Fantauzzi RS, Silva Jr OM, Sales PGO. Estudo de válvulas artificiais no cólon esquerdo após amputação abdominoperineal parcial do reto mais colostomia perineal, em cães. *Arq Gastroenterol.* 2006; 43(2): 125-131.
- Thaler K, Dinnewitzer A, Oberwalder M, Weiss EG, Nogueras JJ, Efron J et. al. Quality of life after colectomy for colonic inertia. *Tech Coloproctol.* 2005; 9: 133-7.
- van der Sijp JR, Kamm MA, Nightingale JM. et. al. Radioisotope determination of regional colonic transit in severe constipation: comparison with radio opaque markers. *Gut.* 1993; 34: 402-8.
- Veloso SG, Biet R, Rios AM, Leite VHR, Lázaro da Silva A. Eficácia da confecção de válvulas colônicas após ressecção retoanal em ratos. *Rev. Col. Bras. Cir.* [serial on the Internet]. 2001 Oct [cited 2011 Mar 05]; 28(5): 356-363.
- Wald A. Colonic transit and anorretal manometry in chronic idiopathic constipation. *Arch. Intern. Med.* 1986; 146: 1713-6.
- Webster C, Dayton M. Results after colectomy for colonic inertia: a sixteen-year experience. *Am J Surg.* 2001; 182: 639-644.
- Wong SW, Lubowski DZ. Slow-transit constipation: evaluation and treatment. *ANZ J Surg.* 2007 May;77(5):320-8.
- Zutshi M, Hull TL, Trzcinski R, Arvelakis A, Xu M. Surgery for slow transit constipation: are we helping patients? *Int J Colorectal Dis.* 2007 Mar;22(3):265.