

Tratamento cirúrgico da perfuração na Doença de Crohn

Crohn's disease surgical treatment

Bruno Medeiros Fernandes¹, Claudia Caroline Barbosa Pfannes¹, Gil Pereira Neto¹, Gilberto Moreira de Figueiredo Neto¹, Heveline Ribeiro Casalecchi¹, Joana Angélica Vaz de Melo¹, Juliana Queiroz de Andrade¹, Laila Bittar Lanna¹, Sílvia Nathália Bueno Silva¹, Wilson Luiz Abrantes²

RESUMO

A doença de Crohn pode levar a inúmeras complicações, entre elas a perfuração intestinal, de localização mais frequente na porção distal do íleo. Muitos pacientes requerem tratamento cirúrgico, por meio de ostomias e anastomoses. A decisão sobre qual técnica adotar é feita, em geral, após a laparotomia, processo que permite melhor avaliação do segmento comprometido. O objetivo desta revisão bibliográfica é descrever as técnicas cirúrgicas utilizadas na DC e suas aplicações.

Palavras-chave: Doença de Crohn; Doença de Crohn/cirurgia; Ileostomia.

ABSTRACT

Crohn's disease can lead to a several complications, including intestinal perforation that occurs more frequently in the distal portion of the ileum. Most of the patients require surgical treatment, through ostomies and anastomosis. The decision about which technique to adopt, is normally made after a laparotomy, process that allows a better evaluation of the compromised segment. The objective of this literature review is to describe the techniques and their applicability.

Key words: Crohn's Disease; Crohn's Disease/surgery; Ileostomy.

INTRODUÇÃO

Estima-se que pelo menos 70% dos pacientes portadores de doença de Crohn (DC) necessitarão de algum tipo de tratamento cirúrgico no decorrer da sua vida. A indicação de cirurgia é feita nos casos de intratabilidade clínica, intolerância aos medicamentos e diante de complicações como obstrução, fístulas e perfuração do intestino e peritonite.

A perfuração intestinal associada à DC pode ocorrer em qualquer segmento do trato gastrintestinal, sendo mais frequente no íleo terminal, complicação que ocorre entre 1,5 e 2,4% de todos os casos.¹ O primeiro caso fatal de perfuração do íleo terminal na DC foi descrito em 1937.²

A perfuração é consequência do processo inflamatório agudo ou crônico do intestino, que se instala em sua parede. Pode ser contida ou bloqueada por alças intestinais, omento, bexiga ou outras vísceras. Em consequência ao bloqueio, a peritonite quase sempre é localizada, com formação de abscessos passíveis tratáveis com antibióticos e punções dirigidas. Sua perfuração para a cavidade peritoneal resulta em peritonite generalizada, tratada mediante laparotomia compulsória.

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médico do Hospital Universitário Risoleta Neves. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Hospital Universitário Risoleta Neves
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Laila Bittar Lanna
Rua dos Goitacases, 52, apto 301
Bairro: Centro
CEP: 30190-050
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: lailabittar@hotmail.com

No tratamento da perfuração aguda é necessário proceder à ressecção econômica do segmento acometido seguida de reconstituição primária do trânsito intestinal mediante vários tipos de anastomoses ou adotar conduta em dois tempos mediante o emprego de ostomias.

A decisão ou não de realizar anastomose primária exige julgamento criterioso baseado nas condições locais e gerais do paciente. Alças intestinais envolvidas em intenso processo inflamatório, múltiplas estenoses e bordas friáveis estão associadas a complicações, principalmente deiscência de sutura, vazamento e peritonite.

O objetivo do presente trabalho é analisar as principais técnicas de anastomoses e de ostomias adotadas após a ressecção do segmento comprometido.

A reconstituição primária do trânsito intestinal é a conduta ideal, mas sua segurança depende de condições locais e sistêmicas do paciente. Pode ser feita em caso de anastomose terminoterminal, laterolateral iso ou anisoperistáltico.

TÉCNICAS CIRÚRGICAS

Anastomose termino terminal

É a anastomose mais simples para restituir o trânsito intestinal. Suturam-se as duas bordas anti-mesentéricas de forma paralela, com ênfase na preservação do pedículo vascular. Em seguida, os dois cotos terminais são unidos por suturas que evertem suas bordas.

Anastomose latero lateral

Indicada para anastomoses entre alças com diâmetros muito diferentes entre si, associadas à dificuldade na execução da anastomose termino terminal e termino lateral. É a anastomose mais segura e com menos propensão a estreitamentos ou estenoses. Está indicada nos casos de obstrução, em idosos ou recém-nascidos ou nas aderências com dificuldade de mobilização da alça.

Atualmente, existe predileção pela anastomose latero lateral, estimulada pelo emprego de grampeadores, que agregam segurança e rapidez na sua execução, eliminando a fase séptica.

Anastomose termino lateral

Comumente usada em hemicolectomias ou colectomia subtotal. Nesse caso há a necessidade de se fechar um segmento do intestino. Em seguida o íleo é suturado em dois planos à parede lateral do cólon.

Ileostomia terminal (ileostomia em “cano de espingarda”)

É realizada, convencionalmente, na fossa ilíaca direita, de caráter permanente. Indicações eletivas residem na proctocolectomia total para o tratamento da doença inflamatória intestinal ou para o tratamento da polipose adenomatosa familiar. É procedimento temporário, de caráter emergencial. A ileostomia terminal é necessária após a ressecção de um segmento do intestino delgado na qual a reparação com anastomoses primárias apresenta riscos. Na ileíte é necessário fazer o fechamento do coto distal e a implantação do proximal à pele, evertendo a mucosa.

O intestino delgado pode apresentar-se edematoso, friável e com indícios de sofrimento, o que dificulta a instalação de suturas seguras e com baixa incidência de complicações (ex: doença de Crohn perfurada, isquemia tromboembólica intestinal). O intestino distal é fechado e deixado no abdômen ou exteriorizado como uma fístula mucosa. A relaparotomia é necessária para que se reconstitua a continuidade intestinal e é realizada quando o paciente já se recuperou (3-4 meses após).

Ileostomia em alça

A partir de variantes de estomas terminais surgiram as colostomias e ileostomias em alça. Entre essas, a ileostomia em alça foi proposta de forma que as alças intestinais proximal e distal ficassem dispostas paralelamente entre si e perpendicularmente à parede abdominal.

Inicialmente era realizada com o auxílio de uma haste, o que caiu em desuso devido ao risco de laceração da parede contralateral. Atualmente a técnica é feita a partir da construção de um ostoma terminal, sem utilização da haste.

Existem diversas indicações para a realização de ileostomias, como obstruções intestinais, perfura-

ções, traumas, fístulas, entre outros. Especificamente no caso de perfurações com instalação de peritonite, recomenda-se a intervenção cirúrgica imediata, com ressecção do segmento acometido.

DISCUSSÃO

A DC é uma doença inflamatória que pode envolver todo o trato intestinal, é crônica, recorrente, difusa e incurável pelo tratamento cirúrgico, sendo o principal fator de recorrência o tabagismo¹. A cirurgia é indicada em pacientes que desenvolvem complicações, como obstrução e perfuração no intestino delgado, ou tem sintomatologia refratária ao tratamento clínico, principalmente se o envolvimento é do intestino grosso. A cirurgia é feita no local com doença ativa ou onde ocorreu a complicação como fístula, perfuração ou abscesso. O limite da ressecção é baseado no exame macroscópico do intestino pelo cirurgião.

A técnica cirúrgica mais adequada a ser utilizada ainda constitui motivo de discussão, sendo especialmente considerada a “cano de espingarda”^{1,3} como a “terminal”. Esta técnica⁴, entretanto, deve ser evitada em pacientes com condições locais e gerais favoráveis à deiscência, como alças friáveis, distendidas e edemaciadas, obstrução intestinal com necrose, isquemia mesentérica e reoperação por deiscência.

CONCLUSÃO

A decisão de submeter o paciente com DC não deve ser embasada apenas pelo momento e condições do paciente, mas também pela experiência do profissional e estrutura do hospital. Muitas vezes a técnica a ser utilizada só poderá ser definida após a laparotomia e estudo macroscópico da alça intestinal. Por isso, a necessidade de o médico manter-se sempre atualizado, a fim de poder oferecer sempre o melhor tratamento para o paciente. Novos estudos são necessários para a avaliação das melhores indicações de técnicas cirúrgicas no tratamento da perfuração intestinal, principalmente na DC.

REFERÊNCIAS

1. Kotze PG, Araújo SEA. Tratamento cirúrgico da Doença de Crohn. In: Cury D, Moss A, organizadores. Doenças inflamatórias intestinais: reto colite ulcerativa e Doença de Crohn. Rio de Janeiro; 2010. p.171-86.
2. Halligab EJ, Halligan HJ. Acute free perforation as first sign of regional enteritis. *Am J Surg*. 1937; 37:493-7.
3. Peppercorn MA, Rutgeerts P, Grover S. Definition of and risk factors for inflammatory bowel disease. [Cited 2012 Mar 21]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/definition-of-and-risk-factors-for-inflammatory-bowel-disease?source=search_result&search=definition+of+and+risk+factors+for+inflammatory+bowel+disease+in+adults&selectedTitle=1~150
4. Peppercorn MA, Rutgeerts P, Grover S. Clinical manifestations, diagnosis and prognosis of Crohn's disease in adults. [Cited 2012 Mar 21] Available from: http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-crohns-disease-in-adults?source=search_result&search=clinical+manifestations+diagnosis+and+prognosis+of+crohn%27s+disease&selectedTitle=1~150
5. Snapper SB, Podolsky DK, Rutgeerts P, Grover S. Epidemiology and environmental factors in inflammatory bowel disease in adults. [Cited 2012 Mar 21]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-environmental-factors-in-inflammatory-bowel-disease-in-adults?source=search_result&search=epidemiology+and+environmental+factors+in+inflammatory+bowel+disease+in+adults&selectedTitle=1~150
6. Zurbuchen U, Kroesen AJ, Knebel P, *et al.* German advanced surgical treatment study group. Complications after end-to-end vs. side-to-side anastomosis in ileocecal Crohn's disease: early postoperative results from a randomized controlled multi-center trial. (ISRCTN-45665492); 2012.
7. Constantinos Similis MBBS, Sanjay Purkayastha MRCS, Takayuki Yamamoto MD, Scott AS, Ara WD. A meta-analysis comparing conventional end-to-end anastomosis vs. other anastomotic configurations after resection in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum*. 2007; 50(10):1674-87.
8. Heppel J, Weiser M, Rutgeerts P, Duda RB. Surgical management of inflammatory bowel disease. [Cited 2012 Mar 10]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-inflammatory-bowel-disease?source=search_result&search=surgical+management+of+inflammatory+bowel+disease&selectedTitle=1~150
9. Greenstein AJ, Mann FACG, Sachar DB, Aufses Jr AH. Free perforation in crohn's disease: a survey of 99 cases. *Am J Gastroenterol*. 1985; 80(9):682-9.