

# TÉCNICA DO APROVEITAMENTO DA PAPILA ÍLEO-CECAL NA ILEOSTOMIA DEFINITIVA E NA ANASTOMOSE ÍLEO-RETAL

*Technique of preserving the ileum-caecal papilla in the definitive ileostomy and ileum-rectal anastomose*

Alcino Lázaro da SILVA

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**DESCRITORES** - Íleo. Ceco. Ileostomia. Anastomose cirúrgica.

#### Correspondência:

Alcino Lázaro da Silva,  
e-mail: franciscoalberto@superig.com.br

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

Recebido para publicação: 07/12/2010  
Aceito para publicação: 21/12/2010

**HEADINGS** – Ileum. Cecum. Ileostomy. Anastomosis, surgical.

**RESUMO – Introdução** - Quando se faz ileostomia com a papila, a perda líquida é bem menor e a irritação local às vezes é nula, podendo o paciente viver sem o uso da bolsa. **Objetivo** - Mostrar uma técnica operatória em que se preserva a papila na ileostomia ou na anastomose íleo-retal. Ela consta da preservação da vasculatura do ceco e íleo terminal e secção do ceco deixando-se 1 cm de orla na papila ileal que é fixada na pele por contra-abertura para ileostomia definitiva. Quando se resseca o cólon, a papila é anastomosada ao reto (íleo-papilo-retostomia). **Resultados** - São bons, pois há diminuição do número de evacuações, da perda de líquidos nas fezes e da irritação epidérmica. **Conclusão** - O procedimento é exequível e traz resultados que melhoram a qualidade de vida do paciente.

**ABSTRACT - Introduction** - When ileostomy is done with the ileum-caecal papilla, the liquid is decreased and happens much less local irritation and its possible that the patient can live without the use of the bag. **Objective** - To show a surgical technique that preserves the papilla in ileostomy or ileo-rectal cancer. **Method** - It is done with the preservation of the vasculature of the cecum and terminal ileum; cecum section is made leaving 1 cm border, coronal, on the ileal papilla, which is fixed on the skin for a counter-opening for permanent ileostomy. When a colectomy is needed, the anastomosis can be made with the rectal stump (papilla-ileum-retostomy). **Results** - They are good because there is a decrease in the number of bowel movements, loss of fluid in the stool and less epidermal irritation. **Conclusion** - The procedure is feasible and brings results that improve the quality of life of patients.

## INTRODUÇÃO

Os estudos da papila ileal (válvula íleo-cecal) vêm de muitos anos, liderada por Schiler<sup>10</sup> e DiDio<sup>1</sup>. Dos conceitos fisiológicos por eles emitidos e após tentativas experimentais, passou-se a aproveitar a papila na ileostomia definitiva, após proctocolectomia total e na anastomose íleo-retal após a colectomia total. A evolução clínica é satisfatória e dá ao paciente condição de vida menos sofrida.

O objetivo deste trabalho é relatar a técnica desses procedimentos.

## MÉTODO

### Mobilização do cólon

Após laparotomia, é feita a ligadura dos pedículos vasculares colônicos, preservando-se as arcadas do ceco e do íleo. Uma delas será mantida ao final. Nos obesos, em geral, não se consegue aproveitar a arcada vascular do íleo terminal, por isto cuidado especial é destinado à arcada do ceco (ramo inferior da cólica direita ou o final da artéria mesentérica superior, chamada artéria íleo-ceco-apendiculocólica).

Isola-se a cavidade abdominal com compressas. A seguir é realizada secção no ceco em torno da papila ileal. Há sangramento abundante.

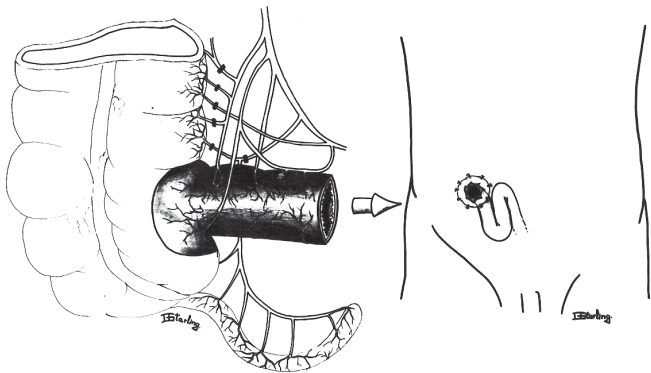
Faz-se a ligadura à medida que se vai seccionando. Completa-se o contorno da papila de forma a deixar no máximo um centímetro de ceco, em torno dela.

**Aproveitamento da papila ileal (válvula íleo-cecal)**

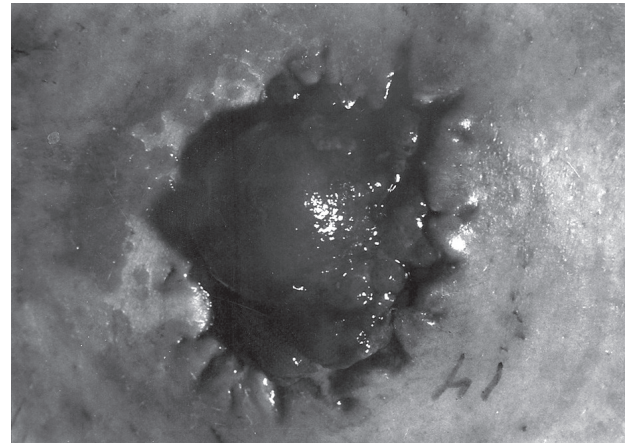
Se o reto é conservado faz-se o seu preparo e exposição para anastomose com a papila.

O íleo é transferido para a pelve e anastomosado ao reto, em pontos separados, com fio de baixa absorção ou inabsorvível. Revisão da cavidade e fechamento dos mesos para não haver hérnias internas é o tempo final.

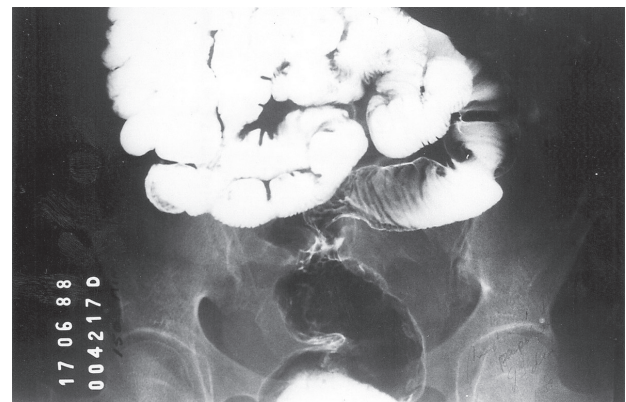
Quando o reto é ressecado, realiza-se a ileostomia terminal fixando-se o íleo na parede abdominal, à direita. Após sua exteriorização, é feita sutura da orla cecal à pele, expondo-se somente a papila (Figuras 1 a 9)<sup>9</sup>.



**FIGURA 1** - Esquema da operação realizada: secciona-se o ceco a 1cm em volta da papila ileal, preservando-se a vascularização marginal do íleo ou a terminação da artéria mesentérica superior (artéria íleo-ceco-apendiculocólica); a borda do ceco serve para a sutura da papila na pele abdominal ou no reto



**FIGURA 2** - Vista da papila ileal sob forma de ileostomia terminal, 14 dias após a sua implantação; os pontos foram retirados e a pele não está ferida porque a drenagem de conteúdo ileal é menor e menos líquida



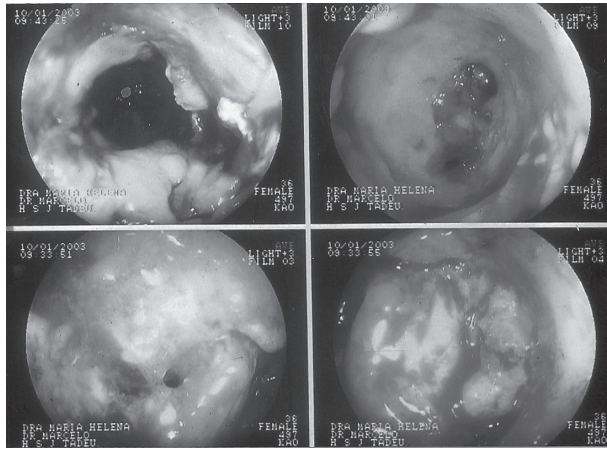
**FIGURA 3** - Anastomose da papila ileal ao reto: observa-se componente esfinteriano simulando uma estenose íleo-retal



**FIGURA 4** - Repleção do reto por bário: vê-se a resistência da papila ileal anastomosada a ele, simulando uma estenose



**FIGURA 5** - Maior repleção do reto para vencer a resistência da papila ileal



**FIGURA 6** - Retoscopia: retite, por reagudização de retocolite ulcerativa inespecífica, em operação realizada há oito anos em paciente sem acompanhamento; vê-se área de estreitamento correspondente à papila edemaciada

## RESULTADOS

Têm sido satisfatórios com relação a dois aspectos. No primeiro, ou seja, na ileostomia com a papila, o esvaziamento ileal, incontinente, cai à metade de sua produção e, mais precocemente, o conteúdo ileal torna-se menos líquido. No segundo, a irritação incômoda e doentia da pele, perileostômica, é bem menor do que a da ileostomia clássica sem a papila.

Quando a anastomose se faz com o reto, o número de evacuações diárias cai à metade em poucos dias. A irritação perineal é bem menor ou nula do que na anastomose íleo-retal sem a papila.

Se o doente é bem orientado, em menor tempo, consegue-se fazer melhor controle do número de evacuações diárias, em ambos os procedimentos.

## DISCUSSÃO

Com a experiência obtida, sem possibilidade de controle casualizado (randomizado) pode-se aceitar que o método, preservando-se a papila ileal, é legítimo e superior ao tradicional, sem a papila. Esta dedução resulta de que na ileostomia clássica o volume líquido perdido, especialmente no pós-operatório imediato, é muito grande a ponto de levar o paciente à desidratação. Sobre isto, há irritação da pele levando, em alguns pacientes, a úlceras rasas, dolorosas e incômodas e que não permitem boa fixação da bolsa de ileostomia.

Quando se faz a ileostomia com a papila, a perda líquida é bem menor e a irritação, às vezes, é nula. Há observação em uma paciente que consegue viver sem o uso de bolsa com controle relativo do esvaziamento ileal e, após a higiene, ela usa uma faixa, comprimindo e ocluindo o orifício por algumas horas, sem vazamentos<sup>2,3</sup>.

O segredo técnico é mobilizar o conjunto íleo-cecal sem que a vascularização seja comprometida. Após toda escultura e exposição do conjunto é que se preservará a vascularização ceco-ileal ou ileal.

Acredita-se não haver dúvida quanto ao procedimento, que deve ser o de escolha, quando se vai fazer ileostomia ou anastomose íleo-retal.

O desafio a se enfrentar é tentar a mobilização eficaz e bem vascularizada do íleo com a papila e anastomosá-la no ânus. Em nível experimental é possível. No homem a dificuldade é o alongamento do pedículo ileal para se atingir o nível do ânus. Para obter isto, talvez, tem-se que fazer a operação em dois tempos, ou seja, alongamento do pedículo e depois o abaixamento<sup>4,5,6,7,8</sup>.

## CONCLUSÃO

O procedimento é exequível e traz resultados que melhoram a qualidade de vida do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Didio LJA e Carril CF. Observações sobre o mecanismo do piloro íleo-ceco-cólico em indivíduo vivo com papila íleo-ceco-cólica exteriorizada. *Rev. Bras. Gastroenterol*, 1954; 6: 67-69.
2. Formiga GJS, Barreto Neto PF, Nossa FLC e Silva JH. Ileostomia Continente-Relato de Quatro Casos. *Rev. Bras. Coloproctol*, 1998; 18(1): 34-36.
3. Glassman JA. Artificial Ileocecal Valve. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 74: 92-98, 1942.
4. Kalil M. Colectomia Total e Telescopagem ileorretal preservando-se a papila ileocecal com ou sem mucosectomia retal. Tese Mestrado. Belo Horizonte, FM, UFMG, 1990.
5. Lázaro da Silva A. Ileostomia, Alternativas Técnicas. *Rev. Assoc. Méd., MG.*, 1978; 29: 28-29.
6. Lázaro da Silva A. Ileal Papilla and Ileal Pylorus. *Arq. Bras. Cir. Dig.*, 1993; 8(2): 48-49.
7. Lázaro da Silva A. Ileostomia Continente. *Rev. Bras. Colo-proctol*, 1991; 11(1): 33-35.
8. Mattos MP e Lázaro da Silva A. Study of ileostomy in dogs. Functional aspects, optic and scanning electronic microscopy. *Arq. Gastroenterol*, 1986; 23: 159-168.
9. Ogilvie, WH. The preservation of the ileocaecal sphincter in resection of the right half of the colon. *Br. J. Surg.*, 1931; 19: 8-16.
10. Schiller WR, Didio LJA and Anderson MC. Production of Artificial Sphincters. Ablation of the Longitudinal Layer of the Intestine. *Arch. Surg.*, 1967; 95: 436-42.