A Doença Retocolite Ulcerativa Termina com a Retocollectomia?

Rogerio Saad-Hossne

Considerando que retocollectomia total cura os pacientes das manifestações intestinais da retocolite, diminui o risco de displasia e câncer, evita os efeitos adversos do tratamento medicamentoso, além de melhorar a qualidade de vida, poderíamos afirmar que sim, a retocolite ulcerativa termina com a retocollectomia.

Isto torna-se ainda mais consistente quando a cirurgia realizada é a retocollectomia total com ileostomia terminal definitiva, cujas taxas de morbidade e complicações a curto e longo prazo são muito baixas. Porém, nesta situação o “preço” pela cura é muito alto, pois o estoma passa a ser definitivo.

Sob outro ponto de vista, quando a cirurgia indicada for a retocollectomia total associada à bolsa ileal (RI) e analisarmos a mesma sob a ótica das morbidades e complicações, poderíamos dizer que não, a retocolite não termina com esta cirurgia.

O controle de grande parte dos sintomas digestivos que motivaram a indicação cirúrgica são resolvidos após esta cirurgia, mas a taxa de complicações agudas e crônicas, associada a morbidade perioperatórias não devem ser menosprezadas. Algumas sequelas adversas significativas podem ocorrer, levando até a excisão do RI ou ileostomia permanente em 4% a 10% dos casos¹.

Para termos uma idéia deste contexto, recente metanálise com 43 estudos incluindo 9317 pacientes, observou que a frequência de falha do reservatório ileal foi estimada em 7%, para o período médio de acompanhamento de 37 meses e 9% após 60 meses ou mais². Isto significa que estes pacientes serão submetidos a uma

nova cirurgia para a realização de nova ileostomia que poderá ser temporária ou permanente.

As causas mais comuns para esta falha do reservatório ileal são: sepse pélvica, *pouchitis* crônica e doença de Crohn (CD) da bolsa.

Especificamente quanto as complicações decorrentes da retocolectomia total e RI, as mesmas podem ser classificadas didaticamente em;

1. *Cirúrgicas e mecânicas*
2. *Inflamatórias*
3. *Funcionais*
4. *Displasias e neoplasias*
5. *Sistêmicas e metabólicas*

A taxa geral de complicações cirúrgicas e mecânicas é de aproximadamente 2 a 26%²⁻⁵, sendo que as mesmas podem ser subdivididas conforme ilustrado na figura 1.

Dentre estas, podemos destacar a deiscência, abscessos e fistulas, que em geral, podem estar correlacionadas. O diagnostico é baseado no exame físico e fundamentalmente nos exames de imagem; o tratamento depende da extensão e gravidade das mesmas, podendo serem resolvidas por medidas clínicas mais simples, passando por endoscopia até a perda da bolsa com ileostomia definitiva²⁻⁵.

Outra importante consequência da cirurgia é sobre a fertilidade feminina e a disfunção sexual masculina; estima-se que a taxa de infertilidade nas mulheres submetida ao RI chegue aos 50%, sendo que a mesma é decorrente da manipulação da região pélvica e órgãos adjacentes, e principalmente pela formação de aderências tubárias e ovarianas⁶. Já a disfunção sexual masculina, acomete até 23% dos homens e decorre da lesão dos nervos parassimpáticos e simpáticos, das alterações anatômicas e da formação de fibroses na região pélvica⁷.

Dentre as principais complicações inflamatórias (Figura 2) destaca-se ocorrência da *pouchitis* ou bolsite, por ser esta a sequela

1.	Deiscência
2.	Abscessos/sepse
3.	Sinus
4.	Fistulas
5.	Estenoses
6.	Sd. Alça aferente
7.	Sd. Alça eferente
8.	Infertilidade
9.	Disfunção sexual
10.	Trombose e embolia
11.	Outras

Figura 1. Principais complicações cirúrgicas e mecânicas

mais comum e adversa a longo prazo. As taxas de incidência são variáveis, pois não há consenso sobre o seu diagnóstico. A taxa média de incidência aos 12 meses é de 40%, aumentando ao longo dos anos, podendo chegar a 45 % após 10 anos¹⁻⁴. A etiologia da bolsite é discutível, porém o denominador comum é a presença de uma resposta imune anormal da mucosa para a flora bacteriana alterada na bolsa acarretando na sua inflamação aguda ou crônica.

O diagnóstico não é simples, justamente em virtude da ausência de sinais e sintomas específicos e da falta de consenso sobre o diagnóstico, que em geral é baseado no quadro clínico, endoscopia e histologia. Muitas vezes não há correlação entre os achados destes 3 exames, neste sentido a classificação de atividade clínica das bolsites pode facilitar o diagnóstico e seguimento (Índice de atividade da bolsite ou PDAI)⁸.

Outras classificações baseiam-se no tempo, etiologia, frequência e resposta terapêutica: idiopático vs secundário, remissão vs ativa, aguda vs crônica, infrequente vs recidiva vs contínua e responsiva vs refratária⁸⁻⁹.

1. Pouchitis
2. Cuffitis
3. DC no pouch
4. Supercrescimento bacteriano
5. Pólipos inflamatórios

Figura 2 – Principais complicações inflamatórias

O tratamento inicial é a base de antibióticos e na dependência da resposta e da frequência dos quadros de bolsite uma série de medidas e condutas podem ser tomadas, tais como uso de probióticos, derivados do 5 ASA, corticosteroides e imunomoduladores.

Outra complicação importante, principalmente a longo prazo, são as displasias na bolsa ileal e na zona de transição anal (ZTA) Figura 3; em revisão sobre o assunto, Shen e cols (2011)¹ observaram aproximadamente 5% de incidência de displasia nestes segmentos. Os principais fatores de risco associados são: anastomoses mecânicas na ZTA, *Pouchite* crônica, *Cuffitis*, Duração da doença (RCU), Displasia ou câncer diagnosticados no pré operatório, Pancolite com *backwash* ileíte e Colangite esclerosante primária.

O tratamento para a displasia ou câncer nestas regiões, quando diagnosticados precocemente pode variar desde a mucosectomia até a retirada da bolsa e ileostomia definitiva, nas fases mais avançadas do câncer, pode ser necessário além da retirada da bolsa

e exenteração de órgãos próximos acometidos.

As complicações funcionais são duas: síndrome do bolsa irritável e *anismus* (figura 4). A primeira tem

seu conceito mais recente e etiologia incerta, associando-se a aspectos psicossociais e hipersensibilidade visceral¹⁰. O quadro clínico é semelhante ao da bolsite, o diagnóstico é feito por exclusão e o tratamento antiespasmódicos e antidepressivos. O *anismus* é bastante

incomum, e diferentemente das demais complicações, o sintoma predominante é a constipação.

Quanto às complicações sistêmicas e metabólicas (Figura 5), sabemos que as mesmas podem estar presentes antes da cirurgia, podendo agravar-se após a mesma. As principais e mais frequentes são: anemia, perda óssea e alteração na absorção de B12 e sais biliares.

Figura 5 – Complicações sistêmicas e metabólicas

1. Anemia
2. Perda óssea
3. Alteração absorção de B12 e sais biliares

Figura 4 - Complicações funcionais

1. Síndrome do Pouch irritável
2. <i>Anismus</i>

1. Displasia no pouch
2. Displasia na zona de transição anal

Figura 3. Complicações relacionadas a displasia

A análise das principais complicações e sua incidência nos permitem identificar os principais fatores de risco associados¹⁻⁵, dentre eles podemos citar:

1. Cirurgia de emergência
2. Pacientes graves (sépticos e condições cardíacas instáveis)
3. Comorbidades (ASA)
4. Desnutrição
5. Transfusões no peri-operatório
6. Desnutrição
7. Albumina < 3,5 mg / dl
8. Perda de peso recente > 15 kg
9. Imunossupressão com corticóides

Assim, podemos concluir que a cirurgia pode levar a cura da RCU, porém é fundamental termos conhecimento da incidência e dos fatores de risco associados a sua morbidade e principalmente às suas complicações.

Referências bibliográficas

1. Shen B, Remzi FH, Lavery IC *et al.* A proposed classification of ileal pouch disorders and associated complications after restorative proctocolectomy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6:145–58
2. Huetting WE, Buskens E, van der Tweel I, *et al.* Results and complications after ileal pouch anal anastomosis: a meta-analysis of 43 observational studies comprising 9,317 patients. *Dig Surg* 2005;22:69–79
3. Nicholls RJ. Review article: ulcerative colitis-surgical indications and treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:25–28
4. Meagher AP, Farouk R, Dozois RR, *et al.* J-ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis: complications and long-term outcome in 1310 patients. *Br J Surg* 1998;85:800–803
5. Oncel M, Remzi FH, Church JM, *et al.* A leak from the tip of J-pouch is a rare complication after restorative proctocolectomy: risk factors, presentation, management and outcome. *Dis Colon Rectum* 2003;46:A47
6. Waljee A, Waljee J, Morris AM, *et al.* Threefold increased risk of infertility: a meta analysis of infertility after ileal pouch anal anastomosis in ulcerative colitis. *Gut* 2006;55:1575–1580.
7. Berndtsson I, Oresland T, Hulten L. Sexuality in patients with ulcerative colitis before and after restorative proctocolectomy: a prospective study. *Scand J Gastroenterol* 2004;39:374–379
8. Sandborn WJ, Tremaine WJ, Batts KP *et al.* Pouchitis after ileal pouch- anal anastomosis: a pouchitis disease activity index. *Mayo Clin Proc* 1994;69:409–15.
9. Shen B, Fazio VW, Remzi FH *et al.* Risk factors for diseases of ileal pouch- anal anastomosis after restorative proctocolectomy for ulcerative colitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:81–9;
10. Shen B, Achkar JP, Lashner BA *et al.* Irritable pouch syndrome: a new category of diagnosis for symptomatic patients with ileal pouch-anal anastomosis. *Am J Gastroenterol* 2002;97:972–7