Centro Universitário de Saúde ABC (CUSABC) - São Paulo - Brasil

PROCTOCOLECTOMIA TOTAL E RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO COM BOLSA ILEAL EM SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO EM JOVEM COM DOENÇA DE CROHN E OBESIDADE MÓRBIDA: UM DESAFIO TERAPÊUTICO

Fernandes GA[1], Santos GG[1], Souza I[1], Porfirio JVM[1], Osugi RH[1], Gutierrez M[1], Boratto SF[2]

1- Acadêmicos de Medicina da FMABC 2- Docente da Disciplina de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo da FMABC

INTRODUÇÃO

A **Doença de Crohn** (DC) é caracterizada por **processo inflamatório granulomatoso** e sua etiologia ainda é desconhecida. Há preferência por partes distal do intestino delgado e proximal do cólon, porém uma manifestação em todo o trato gastrointestinal também pode ocorrer. Apresenta maior incidência em adultos jovens (25-45 anos) e brancos. Apesar de apresentar baixa mortalidade, há uma **alta morbidade com má qualidade de vida**; de modo que a grande maioria dos pacientes com DC requerem cirurgia durante sua história clínica, a fim de alcançar a remissão a longo prazo ou melhorar a qualidade de vida do paciente.

No caso do paciente deste **relato de caso**, a realização da proctocolectomia total e ileostomia tem o objetivo de **ressecção do adenocarcinoma pouco diferenciado de cólon sigmóide** e a melhora dos sintomas apresentados pelo paciente.

OBJETIVO

Descrever por meio deste relato de caso as **técnicas** de proctocolectomia total e ileostomia para correção da doença de Crohn, que evoluiu com a presença de adenocarcinoma pouco diferenciado em cólon sigmóide em paciente com obesidade mórbida.

RELATO DE CASO

Feminino, 24 anos, **IMC 40,** com DC de cólon, diagnosticada há 9 anos e tratada inicialmente com mesalazina, e anti-TNF-alfa (infliximabe) nos últimos 5 meses. Mantinha atividade grave e em colonoscopia de controle foi diagnosticada **lesão úlcero-vegetante de cólon sigmóide**, cujo histopatológico revelou **adenocarcinoma** pouco diferenciado.

Foi submetida à **proctocolectomia total com sepultamento distal ao nível do canal anal anatômico e ileostomia terminal**.

No pós-operatório, optou-se pela troca do tratamento imunobiológico para anti- interleucina (ustequinumabe) e após 10 meses de tratamento com DC controlada, foi realizada **reconstrução de trânsito intestinal com confecção de bolsa ileal em jota sem ileostomia derivativa**. Evoluiu sem intercorrências com, no máximo, 4 evacuações ao dia. Após 6 meses, paciente segue com controle da doença e sem complicação da bolsa ileal.

DISCUSSÃO

O tratamento da DC depende da gravidade da doença, da localização e o seu subtipo. Os fatores de **risco** para a atividade agressiva da doença incluem: **idade** do diagnóstico (**menos de 30 anos**), extensão do envolvimento anatômico, doenças perianais, **úlceras profundas**, cirurgias prévias e atividade restritiva ou penetrante da doença.

A evolução da DC tem relação estreita com o risco elevado de desenvolver **neoplasias** intestinais, de modo que podem ser indicados procedimentos cirúrgicos como a colectomia total com ileostomia definitiva, a proctocolectomia total com bolsa ileal em jota em único tempo cirúrgico, geralmente com realização de ileostomia derivativa, e a proctocolectomia total com ileostomia temporária.

A paciente deste relato era obesa apresentava DC que evoluiu com a presença de **adenocarcinoma** pouco diferenciado em cólon sigmóide. Desse modo, devido ao achado histopatológico, optou-se por retirar o cólon e o reto para evitar a progressão da lesão neoplásica. A **proctocolectomia total com ileostomia terminal** é indicada para candidatos ruins à construção da bolsa íleo-anal, como pacientes **obesos**, cuja reconstrução da anastomose íleo-anal é muito difícil.

Estudos defendem a realização do procedimento em **duas etapas**: a proctocolectomia total com bolsa íleo-anal e ileostomia de proteção em alça e, após recuperação da primeira etapa mantendo a doença controlada, o fechamento da ileostomia com reconstrução do trânsito intestinal por meio de uma bolsa ileal em "J", sem ileostomia derivativa.

Ao estagiar a cirurgia em duas etapas, gera-se **redução do risco de complicações** na reconstrução da anastomose íleo-anal; e a chance de perda da bolsa íleo-anal é minimizada.

Fig.1: Extenso panículo adiposo.

Fig. 2: Confecção da bolsa ileal em J

CONCLUSÃO

Conclui-se que a ressecção cirúrgica em pacientes com DC íleo-colônica sintomática pode conferir um benefício a longo prazo e **menor necessidade de terapia médica** para manter controle da doença. Assim, a decisão de tratamento cirúrgico aconteceu com o intuito de trazer uma **possível tardia remissão.**

REFERÊNCIAS

Massimo C., Gianluca M. S., PierGiorgio D., Simona B., Gabriele B.P., Angelo M.T.; Long-Term Results and Multivariate Analysis of Prognostic Factors in 138 Consecutive Patients Operated on for Crohn's Disease Using "Bowel-sparing" Techniques, 2000

Araújo M.N.F.; Tratamento cirúrgico da Doença de Crohn: estudo comparativo entre desfechos precoces após laparoscopia primária, laparoscopia repetida ou laparoscopia após laparotomia na recidiva, 2016

Barbieri D.; Doenças inflamatórias intestinais

Everson Luiz de Almeida Artfon. Endoscopia Digestiva na Prática Clínica. Grupo GEN, 2018