



ANASTOMOSES ILEOCÓLICAS NA DOENÇA DE CROHN: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE TÉRMINO-TERMINAL E LÁTERO-LATERAL



Vitor Augusto de Andrade; Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono;
Claudio Saddy Rodrigues Coy

vitauad@hotmail.com

Departamento Cirurgia, Faculdade de Ciências Médicas,
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-887, Campinas, SP, Brasil.

Palavras Chaves: Anastomoses ileocólicas;
Ileotiflectomia; Doença de Crohn

INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) caracteriza-se por um processo inflamatório crônico e transmural do trato gastrointestinal, que afeta preferencialmente a região ileocólica, necessitando, na maioria dos casos, de intervenção cirúrgica. Na ressecção ileocólica, as anastomoses mais comumente utilizadas, para se reestabelecer a continuidade intestinal, são a término-terminal ou a látero-lateral. Alguns estudos, comparando estas duas variantes, demonstraram uma tendência atual ao uso da látero-lateral, mesmo não existindo dados suficientes na literatura para definir se a recorrência da doença é dependente do tipo de anastomose. Portanto, o objetivo deste trabalho constituiu-se na análise retrospectiva das anastomoses látero-lateral e término-terminal em pacientes com DC submetidos à ileotiflectomia, comparando-se as complicações clínicas e cirúrgicas, recorrência sintomática, endoscópica, radiológica e as re-operações.



Figura 1. Segmento intestinal ressecado (ileotiflectomia)

METODOLOGIA

Entre 1990 e 2009, 40 pacientes portadores de DC do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) do GASTROCENTRO-UNICAMP, foram submetidos à ileotiflectomia, sendo realizada anastomose látero-lateral em 14 doentes (grupo 1) e término-terminal em 26 (grupo 2). Por meio de arquivos médicos, foram coletados os dados gerais dos pacientes, o tempo de evolução da doença, a indicação cirúrgica, a via de acesso cirúrgico e as cirurgias associadas. Foram analisadas as complicações gerais e locais, o tempo de internação, o seguimento, o uso de medicação no pós-operatório, recidiva clínica, endoscópica, radiológica e re-operações, além do estado atual e medicações em uso. O tempo mínimo de acompanhamento foi de seis meses.



Figura 2. Anastomose látero-lateral

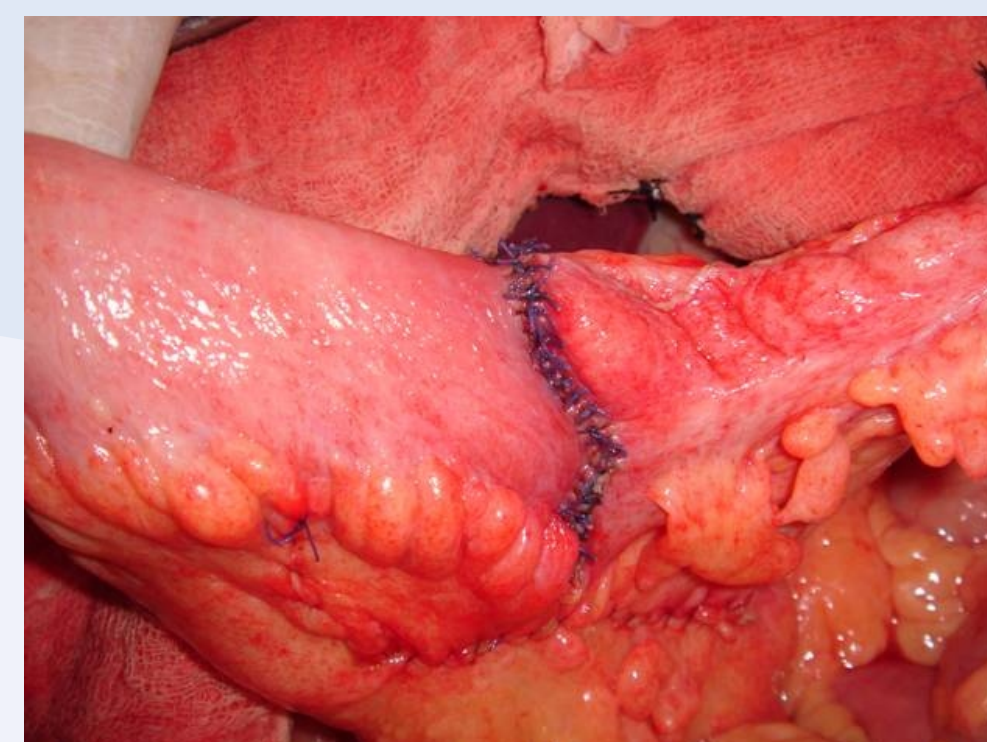


Figura 3. Anastomose término-terminal

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dois grupos foram similares em relação à média de idade, sexo, grupo étnico, indicação cirúrgica, via de acesso da cirurgia, cirurgias associadas e tempo de internação. O tempo de seguimento médio foi de 34,9 meses para o grupo 1 e 117,2 meses para o grupo 2, ($p < 0,05$)

Tabela 1. Características gerais e dados cirúrgicos.

	Grupo 1 N=14	Grupo 2 N=26	Valor p
Gênero (M/F)	7/7 (50% / 50%)	11/15 (42,3% / 57,7%)	0,641
Idade média (anos)	28,07 (15 – 53)	33,08 (19 – 61)	0,140
Etnia (B/NB)	12/2 (85,7% / 14,3%)	25/1 (96,2% / 3,8%)	0,276
Tempo de evolução	88,86 (2 – 220)	44,17 (0 – 142)	0,046
Indicação cirúrgica			0,887
Estenose	10 (71,4%)	16 (61,5%)	
Abdome Agudo	2 (14,3%)	6 (23,1%)	
Fístula	2 (14,3%)	4 (15,4%)	
Via de acesso			0,234
Laparotomia	9 (64,3%)	22 (84,6%)	
Vídeo	5 (35,7%)	4 (15,4%)	
Cirurgia associada			0,720
Sim	5 (35,7%)	7 (26,9%)	
Não	9 (64,3%)	19 (73,1%)	
Tempo de internação	9,43 (7 – 12)	8,88 (4 – 17)	0,231

Complicações gerais ocorreram apenas no grupo 1, sendo um caso de infecção urinária por *Klebsiella pneumoniae*. Complicações relacionadas a técnica cirúrgica ocorreram em dois doentes, sendo um abscesso intracavitário e uma fístula entérica, ambas no grupo 2. Dois pacientes do grupo 2 não tiveram retorno após o pós-operatório imediato e quatro, um do grupo 1 e três do grupo 2, perderam o seguimento durante o acompanhamento tardio. Um doente do grupo 2 evoluiu para óbito após cirurgia de recidiva da doença, devido complicações sépticas decorrentes de uma fístula entérica. Dos 38 doentes com seguimento, todos do grupo 1 e 22 (91,7%) do grupo 2 utilizaram medicação no pós-operatório. Não foram observadas diferenças estatísticas para a recidiva endoscópica e radiológica entre os dois grupos.

Tabela 2. Recidivas endoscópicas

	Exames endoscópicos	Recidiva endoscópica	Valor p
Grupo 1	9	5 (55,5%)	0,222
Grupo 2	12	7 (58,3%)	

Tabela 3. Recidivas radiológicas

	Exames radiológicos	Recidiva radiológica	Valor p
Grupo 1	6	2 (33,3%)	0,899
Grupo 2	16	14 (87,5%)	

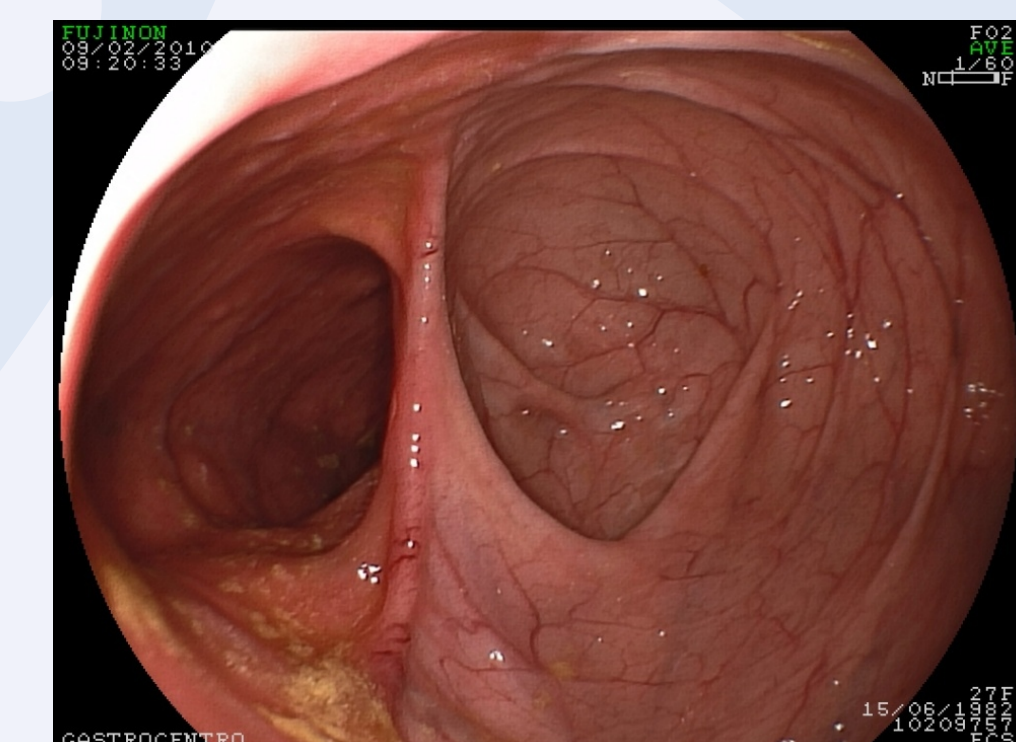


Figura 4. Anastomose látero-lateral

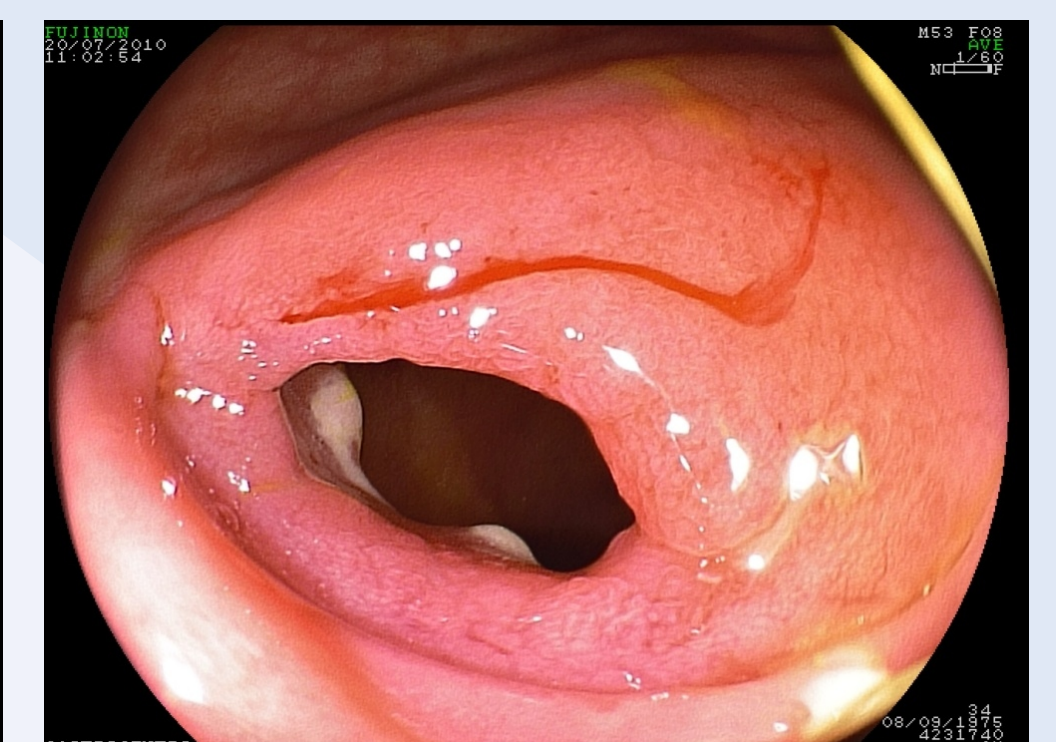


Figura 5. Anastomose término-terminal

Quanto à recidiva clínica, ocorreram duas no grupo 1, respectivamente após oito e 15 meses de pós-operatório e 15 no grupo 2, variando de três a 153 meses após a ileotiflectomia. As re-operações somente ocorreram no grupo 2, em número de oito (33,3%), após média de 87,87 meses da cirurgia inicial. Dos 33 pacientes atualmente em acompanhamento no Ambulatório de DII, 11 (84,6%) do grupo 1 e 18 (90,0%) do grupo 2 encontraram-se assintomáticos ($p > 0,05$), sendo que 12 (92,3%) doentes do primeiro grupo e 15 (75,0%) do segundo estão utilizando algum tipo de medicação ($p > 0,05$).

CONCLUSÃO

As ressecções ileocólicas na DC apresentaram baixos índices de complicações, independente das variantes de anastomose empregada. As recidivas endoscópicas e radiológicas foram semelhantes nos dois grupos, portanto sem a influência da configuração da anastomose. Para a análise da recidiva clínica e das re-operações será necessário um tempo maior de seguimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- McLeod RS, Wolff BG, Ross S, Parkes R, McKenzie M. Recurrence of crohn's disease after ileocolic resection is not affected by anastomotic type: results of a multicenter, randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum* 2009; 52(5):919-27.
- Simillis C, Purkayastha S, Yamamoto T, Strong SA, Darzi AW, Tekkis PP. 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.

