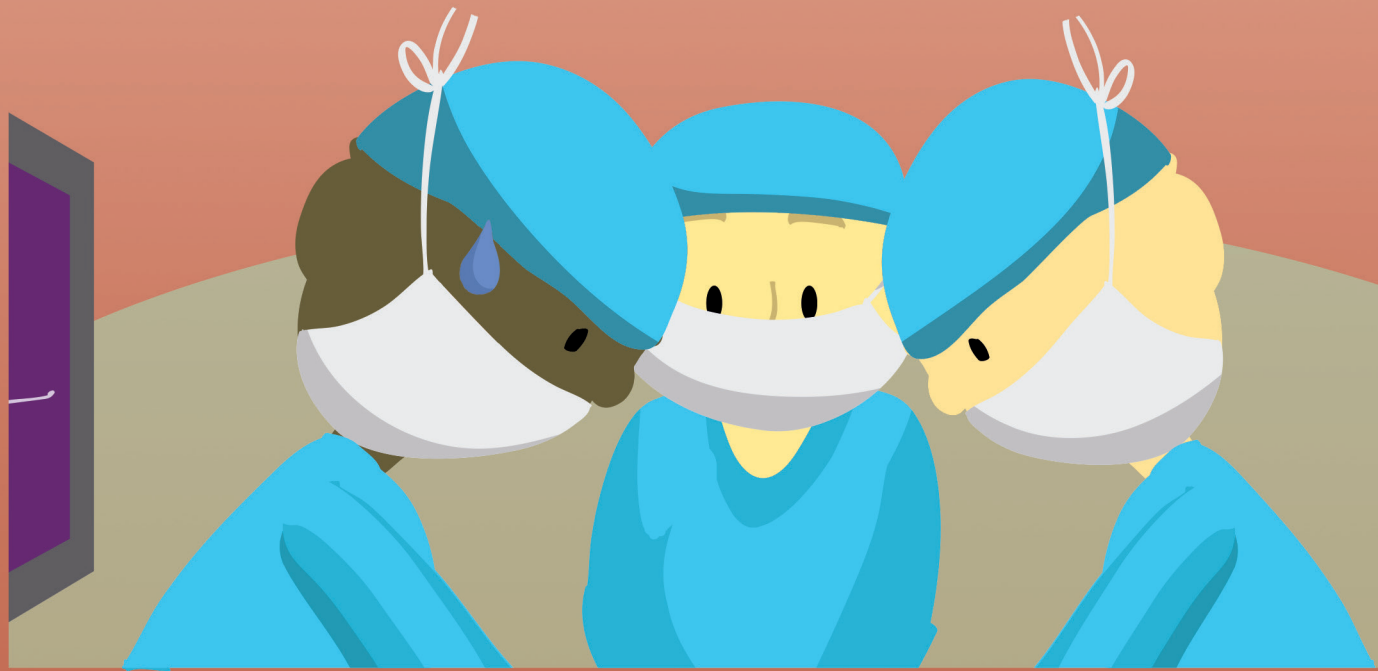


Cartilhas

GEDIIB

Cirurgia em
Doença
Inflamatória
Intestinal



Cirurgia em Doença Inflamatória Intestinal

O tratamento das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), mudou nas últimas duas décadas. Porém, a cirurgia ainda desempenha um papel fundamental no tratamento destes pacientes. Estima-se que cerca de 70 a 90% dos pacientes portadores de Doença de Crohn irão necessitar de alguma forma de tratamento cirúrgico no decorrer de sua vida, que variam desde simples drenagens de abscessos anais até as mais complexas ressecções de segmentos intestinais. Já para os portadores de RCU, aproximadamente 10% terão de ser submetidos à colectomia após 10 anos do diagnóstico^{1,2}.

Esta cartilha tem como objetivo contribuir aos pacientes no entendimento dos procedimentos



cirúrgicos que são realizados em portadores de DII. Foi elaborada por membros do GEDIIB, baseada em informações atualizadas e pesquisas científicas.

Desejamos que este material seja proveitoso!

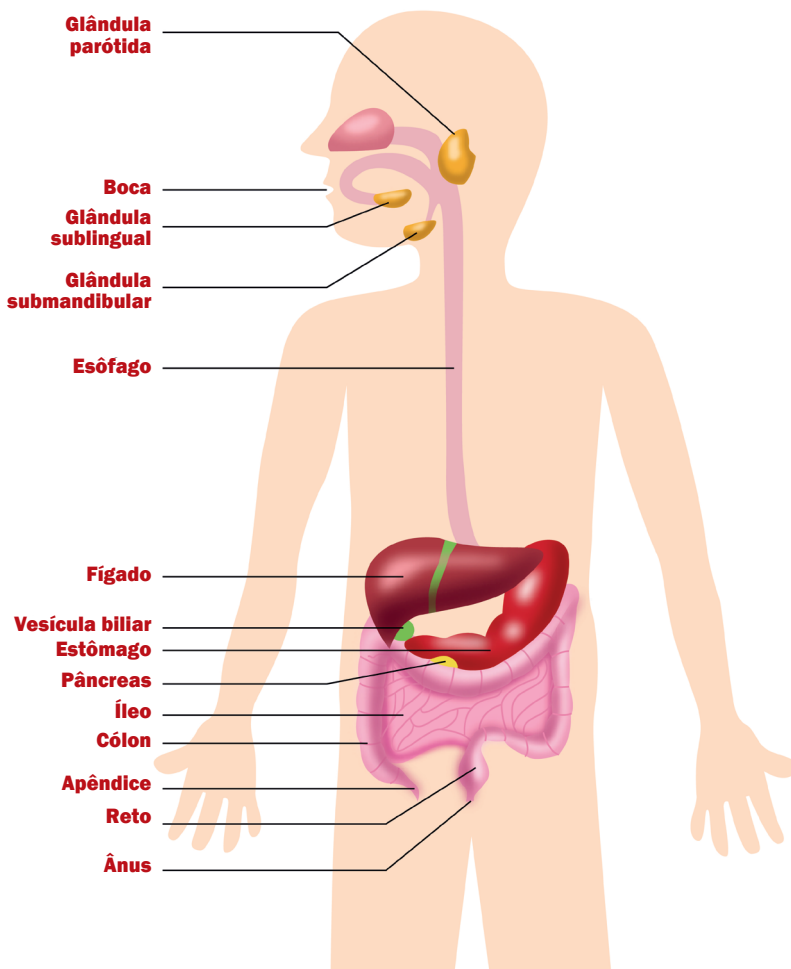
Esta é uma iniciativa do GEDIIB para favorecer o acesso dos Médicos especialistas em DII e profissionais com atividades multidisciplinares, uma forma lúdica de informar seus pacientes sobre aspectos decisivos das doenças. Este material foi produzido por médicos com o intuito de fornecer subsídios lúdicos para especialistas explicarem as Doenças inflamatórias intestinais aos seus pacientes.

Anatomia e fisiologia do aparelho digestivo

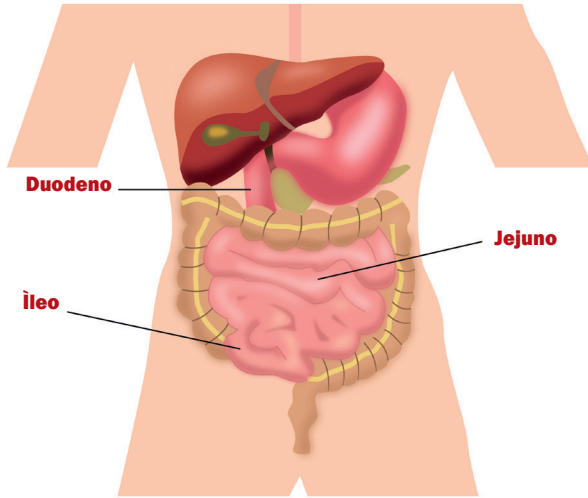
Essa figura representa todo o sistema digestório³. Ele é formado por um conjunto de órgãos que atuam no corpo humano. Estes sistemas trabalham de forma integrada, ou seja, trabalham juntos para manter o corpo funcionando e saudável.

A ação desses órgãos está relacionada ao processo de transformação do alimento, que tem o objetivo de ajudar na absorção dos nutrientes. Tudo isso acontece por meio de processos mecânicos e químicos.

Adiante, detalharemos, para você, a anatomia e o funcionamento do intestino delgado, grosso, reto e canal anal^{4,5}.



Intestino delgado



O intestino delgado, que está localizado entre o estômago e o intestino grosso, é o maior componente do sistema digestório, mede cerca de seis metros de comprimento. Nele substâncias digestivas produzidas pelo fígado, pelo pâncreas e pelo próprio intestino delgado, são liberadas e completam a digestão.

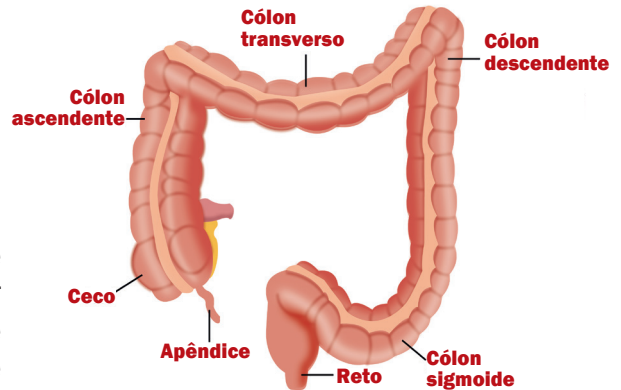
Divide-se em três porções: duodeno, jejuno e íleo.

Duodeno: é a primeira porção e sua função é realizar a junção do suco biliar ao alimento.

Jejuno: localiza-se entre o duodeno e o íleo, e sua função é absorver os aminoácidos e lipídios pré-digeridos pelo estômago e duodeno.

Íleo: última porção do intestino delgado, que tem como função absorver os nutrientes do alimento digerido^{4,5}.

Intestino grosso



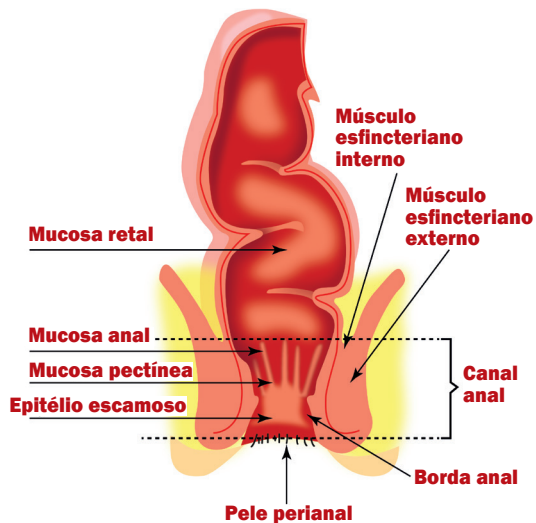
As funções básicas do grosso são: absorção de água, armazenamento e eliminação de resíduos digestivos.

Ele está dividido em três partes:

ceco, o cólon (que se subdivide em ascendente, transverso, descendente e a curva sigmoide)

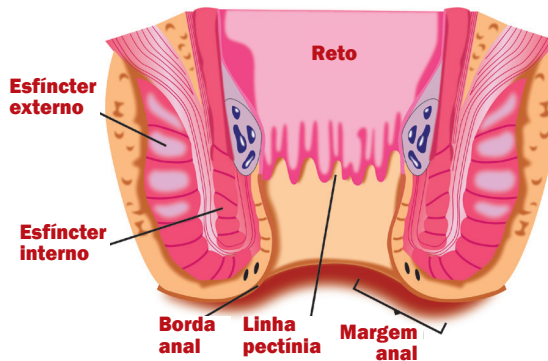
e reto. O intestino grosso, mede cerca de 1,5 metros de comprimento e 6 centímetros de diâmetro. Está situado imediatamente acima do reto, atua antes sobre o resíduo indigerível que sobra quando os alimentos foram digeridos, passando-o ao reto⁴.

O reto



O reto é a parte final do intestino grosso, mede cerca de 15 a 20 centímetros de comprimento.

Ele termina no canal anal e ânus, abertura inferior através da qual evacua-se o material sólido rejeitado pelo organismo⁴.



Canal anal

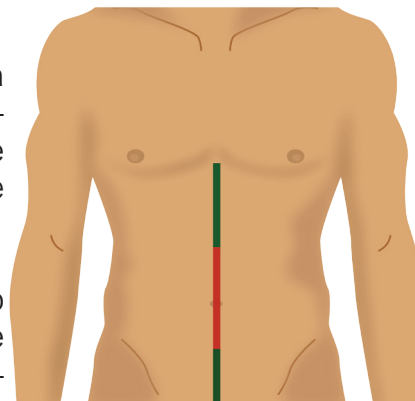
É a porção terminal do intestino grosso, situado entre o reto e o ânus, com um comprimento de 2,5 a 4 cm. É cercado pelos esfíncteres anais interno e externo⁴.

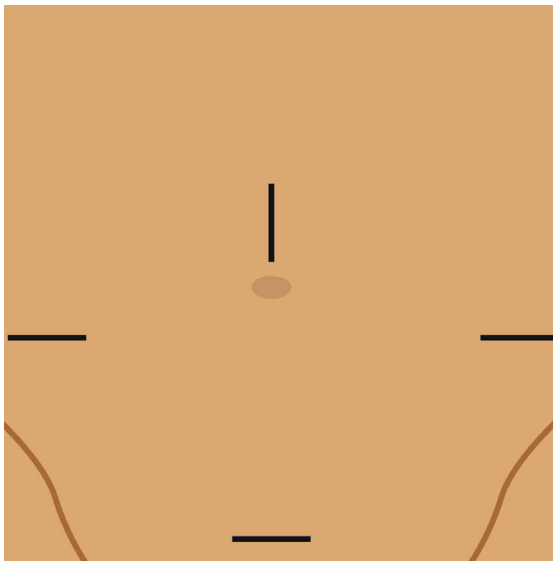
Vias de acesso:

1. Cirurgia aberta

É a técnica cirúrgica onde se realiza a abordagem da cavidade abdominal, através de uma incisão (corte).

A extensão da incisão pode ser variável de acordo com a cirurgia a ser realizada e também às condições clínicas do paciente.





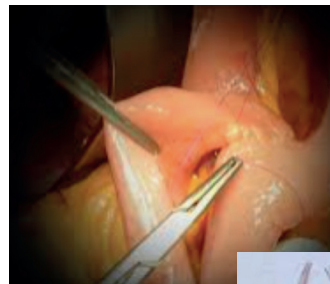
Indicações: múltiplas aderências por cirurgias prévias, más condições clínicas e ventilatórias do paciente que impedem uma anestesia geral e gestação^{6,7}.

2. Cirurgia videolaparoscópica

Esta via de acesso minimamente invasiva utiliza pequenas incisões, as quais permitem ao médico introduzir os instrumentos necessários para o procedimento.

É a via de acesso preferencial para os casos eletivos^{6,7}.

Tipos de anastomose (emenda):



Sutura manual



Sutura mecânica

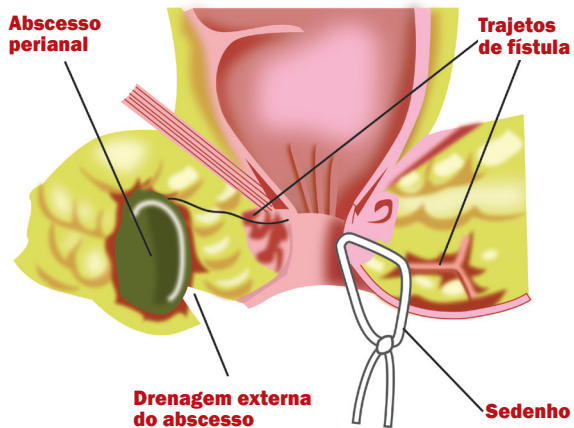
Doença de Crohn

A. Principais cirurgias e procedimentos

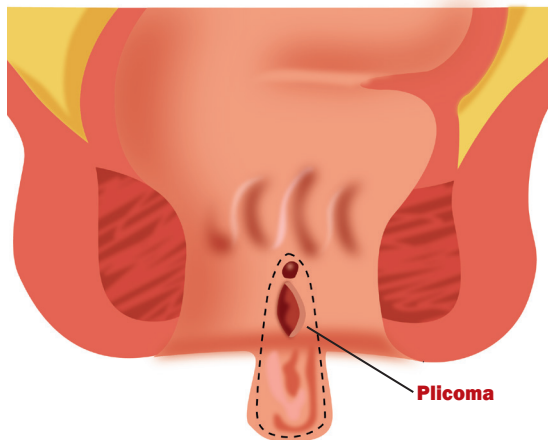
1. Fístulas anais: colocação de sedenho

Sedenhos: são drenos utilizados no tratamento das fístulas anais, na Doença de Crohn.

Indicações: fístulas complexas, cuja intenção é controlar os processos infecciosos, respeitando a musculatura esfinteriana, com a finalidade de preservar a continência anal.



2. Plicoma



Tipos de sedenho: podem ser realizados de diversos materiais.

Número de sedenhos e de tratamentos cirúrgicos: dependerá da complexidade do caso.

Troca dos sedenhos: podem ser mantidos por longo prazo, como meses ou anos. A troca é realizada a cada 4 a 6 semanas com o objetivo de promover uma limpeza.

Quando retirar: O momento da retirada e um tema controverso na literatura.

O importante que não tenha mais secreção perineal e que a inflamação no reto, tenha sido controlada. O período médio para a retirada dos sedenhos é de 7 meses, variando de 1 a 36 meses⁸.

O que são? excessos de pele espessada que habitualmente causam dificuldade para a higiene.

Indicações do tratamento cirúrgico: pode ser realizada quando eles são sintomáticos, como dificuldade para a higiene, desde que a doença esteja controlada, ou seja, em remissão².

Exame Proctológico sob anestesia

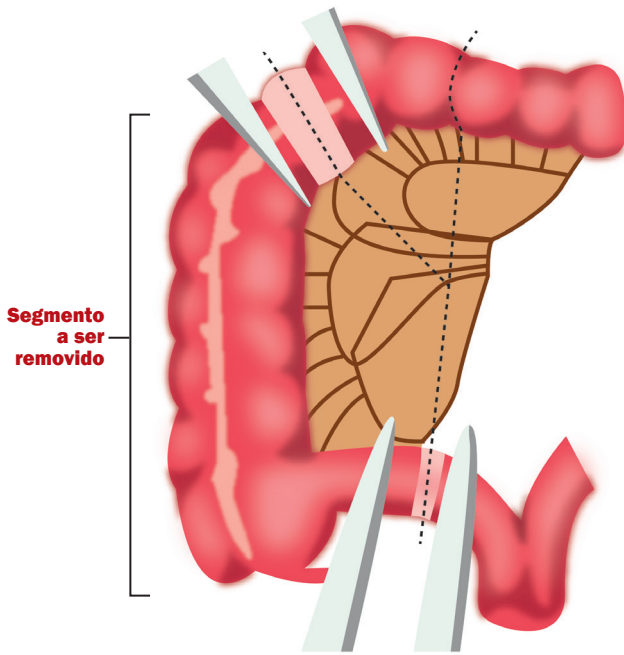
Tem como objetivo identificar trajetos fistulosos secundários, assim como, abscessos.

Em geral, é utilizado em associação com exame de imagem (Ecografia trans-anal / Ressonância magnética)⁷.

B. Cirurgias abdominais eletivas

1. Ileocolectomia

O que é: é a ressecção do íleo terminal, ceco e cólon direito.



Indicações: estenose (estreitamento), fístulas, e intratabilidade clínica.

Como é realizada: após a remoção do segmento acometido, é realizada a anastomose (emenda) entre o íleo residual e o cólon remanescente.

Complicações: *Precoce*s: infecção da ferida operatória, abscesso intra-abdominal, fístula/deiscência da anastomose (vazamento da emenda). *Tardias*: estenose da anastomose, hérnias incisionais, principalmente nas incisões de cirurgias abertas^{7,9,10}.

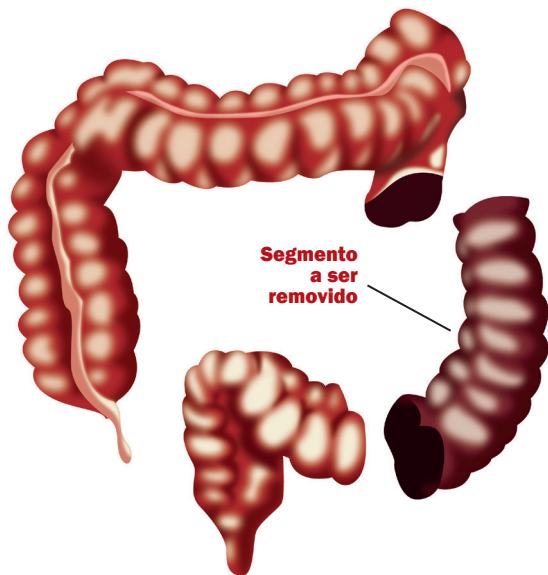
2. Colectomia parcial

O que é: é uma cirurgia que consiste na retirada de parte do intestino grosso.

Indicações: estenose (estreitamento), perfuração com ou sem abscesso associado, fístula, neoplasia.

Como é realizada: após a remoção do segmento acometido, é realizada a anastomose (emenda) entre os cólons.

Complicações: *Precoce*s: infecção da ferida operatória, abscesso intra-abdominal, fístula/



Como é realizada: após a remoção do segmento acometido, é realizada a anastomose (emenda) entre o íleo e o reto.

Tipos: via aberta (laparotomia) ou por vídeo (laparoscopia).

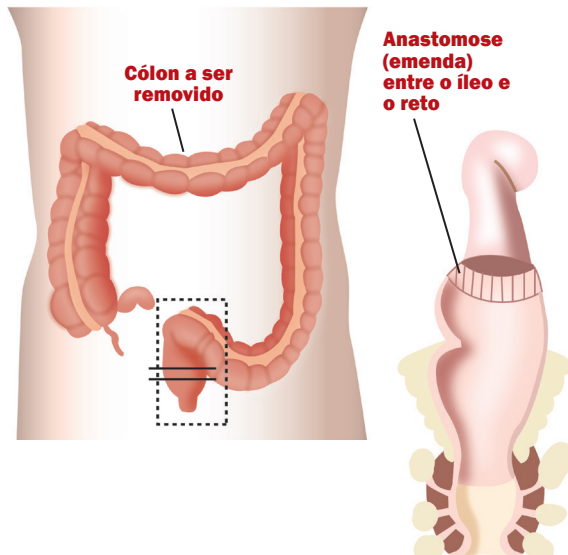
Complicações: *Precoces*: infecção da ferida operatória, abscesso intra-abdominal, fístula/deiscência da anastomose (vazamento da emenda). *Tardias*: estenose da anastomose, hérnias incisionais, principalmente nas incisões de cirurgias abertas^{7,9,10}.

deiscência da anastomose (vazamento da emenda). *Tardias*: estenose da anastomose, hérnias incisionais, principalmente nas incisões de cirurgias abertas^{7,9,10}.

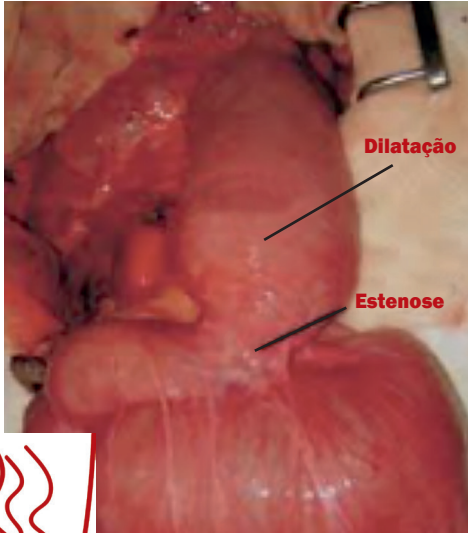
3. Colectomia total e ileorreto anastomose

O que é: consiste na retirada de todo o intestino grosso. É uma técnica cirúrgica com indicações restritas.

Indicações: intratabilidade clínica, estenose (estreitamento) de dois ou mais segmentos, perfuração com ou sem abscesso associado, displasia ou neoplasia, retardo de crescimento.



4. Enterectomia



O que é: consiste na ressecção de um ou mais segmentos do intestino delgado.

Indicações: estenose não passível de plastia ou múltiplas estenoses num segmento curto, fístulas entre-alças ou para outros órgãos sintomáticas, fístulas enterocutâneas, perfuração com ou sem abscesso associado⁴.

Como é realizada: após a remoção do local acometido, é realizada a anastomose (emen-

da) entre os segmentos proximal e distal do intestino delgado.

Complicações: *Precoce*s: infecção da ferida operatória, abscesso intra-abdominal, fístula/deiscência da anastomose (vazamento da emenda). *Tardias*: estenose da anastomose, hérnias incisionais, principalmente nas incisões de cirurgias abertas^{7,9,10}

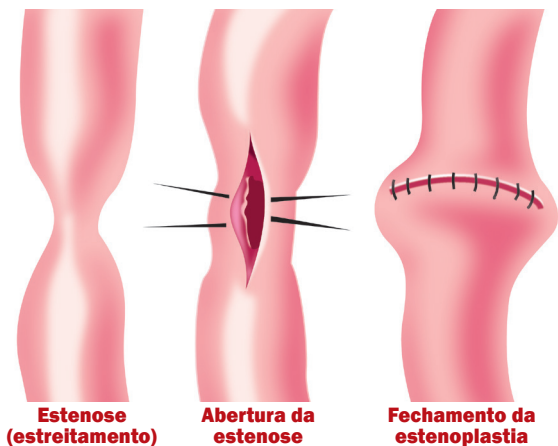
5. Estenoplastias

O que é: ao invés de realizar a retirada do segmento do intestino acometido, é feita a plástica (plastia) da região acometida, evitando-se assim a ressecção de vários segmentos (pedaços) do intestino.

A. Estenoplastia à Heineke-Mikulicz

Indicações: estenoses curtas de 5 a 10 cm, não passíveis de dilatação endoscópica. Como é realizada: abertura longitudinal (no sentido da estenose) e sutura, com pontos separados, no sentido transversal. É a técnica mais utilizada.

Complicações:*Precoce*s: infecção da ferida operatória, abscesso intra-abdominal, fístula/deiscência da anastomose (vazamento da



emenda). *Tardias*: estenose da anastomose com recidiva^{7,9,10,11}.

B. Estenoplastia à Finney

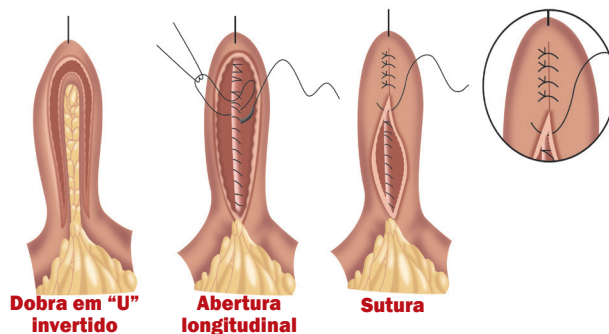
O que é: é uma técnica cirúrgica utilizada para estenoses (estreitamentos).

Indicações: estenoses longas, de 10 a 25 cm.

Como é realizada: o segmento intestinal estenosado deve ser dobrado em “u” invertido. Após, realizar uma abertura longitudinal na borda externa e suturar (dar pontos) separados, lateralmente.

Complicações: *Preoces*: infecção da ferida operatória, abscesso intra-abdominal, fístula/

deiscência da anastomose (vazamento da emenda). *Tardias*: estenose da anastomose com recidiva^{7,9,10,11}.



C. Estenoplastia à Michelassi

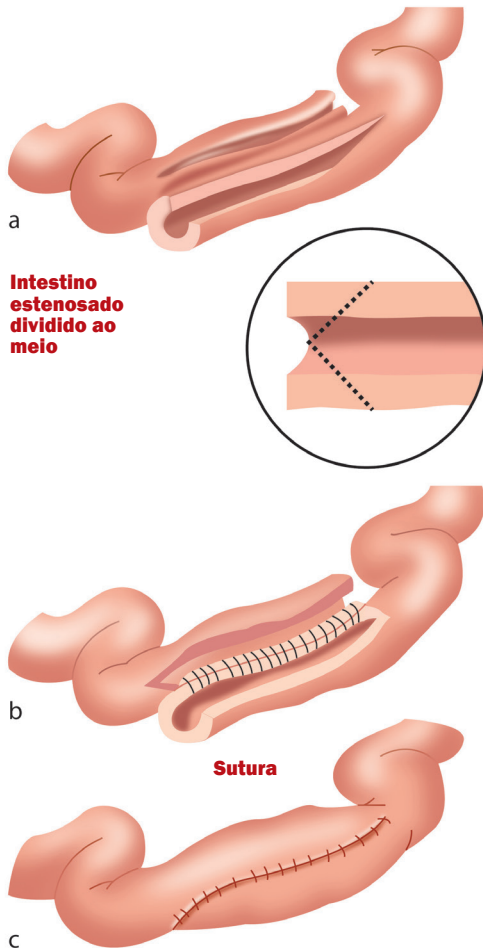
O que é: é uma técnica cirúrgica utilizada para estenoses (estreitamentos).

Indicações: estenoses longas, maiores de 25 cm.

Como é realizada: O intestino estenosado é dividido ao meio e é realizada uma sutura (pontos) látero-lateral, ou seja, lado-a-lado.

Complicações: *Preoces*: infecção da ferida operatória, abscesso intra-abdominal, fístula/ deiscência da anastomose (vazamento da

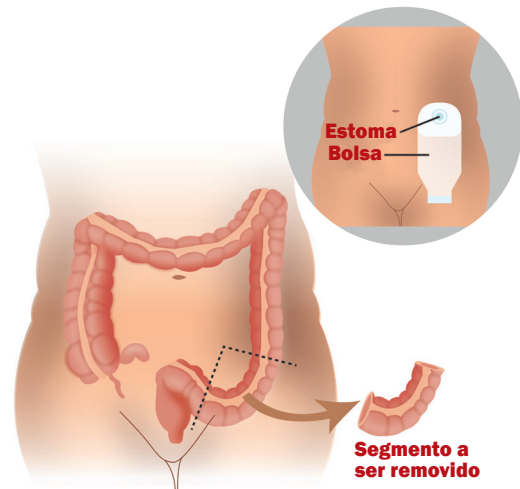
emenda). *Tardias*: estenose da anastomose com recidiva¹².



C. Cirurgias abdominais de urgência

1. Colectomia parcial

O que é: é uma cirurgia que consiste na retirada de parte do intestino acometido.



Indicações: obstrução intestinal aguda, perfuração intestinal, hemorragia maciça, abscesso abdominal, colite aguda/megacólon tóxico e ileíte aguda

Como é realizada: após a remoção do segmento acometido o paciente pode necessitar do uso de ostomia.

Complicações: *Precoces*: infecção da ferida operatória, abscesso intra-abdominal, fístula/deiscência da anastomose (vazamento da emenda). *Tardias*: estenose da anastomose, hérnias incisionais¹³.

2. Enterectomia

O que é: consiste na ressecção de um ou mais segmentos do intestino delgado.

Indicações: obstrução total de um segmento com estenose (estreitamento) do intestino delgado, fístula com perfuração e contaminação da cavidade abdominal.



Como é realizada: após a remoção do local acometido, é realizada uma derivação intestinal (ostomia).

Tipos: via aberta (laparotomia).

Complicações: *Precoces*: infecção da ferida operatória, abscesso intraabdominal, fístula/deiscência da anastomose (vazamento da emenda). *Tardias*: estenose da anastomose, hérnias incisionais¹⁴.

Retocolite Ulcerativa Crônica

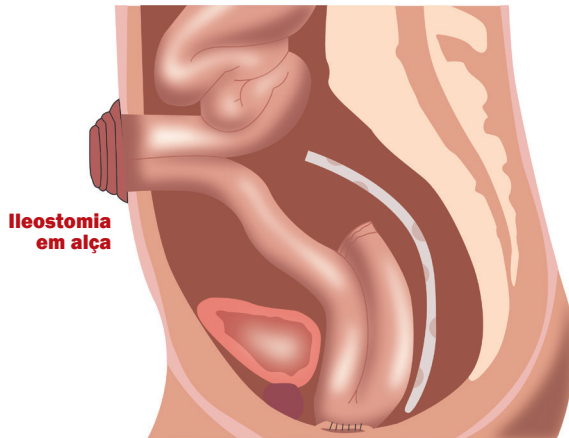
A. Cirurgias eletivas

1. Proctocolectomia total com bolsa ileal e ileostomia em alça

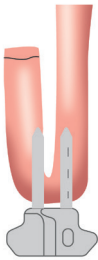
O que é: ressecção do cólon e reto, criação de uma bolsa (neorreto) e ostomia.

Indicações: intratabilidade clínica, ou seja, falha ao tratamento clínico, suspeita ou presença de câncer, dependência de corticoide e retardo de crescimento.

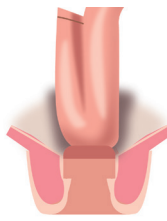
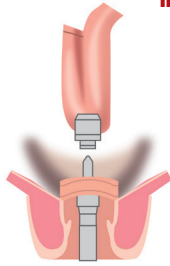
Como é realizada: após a retirada de todo o intestino grosso (cólon e reto) e na realização



Neorreto



Anastomose do neorreto com canal anal



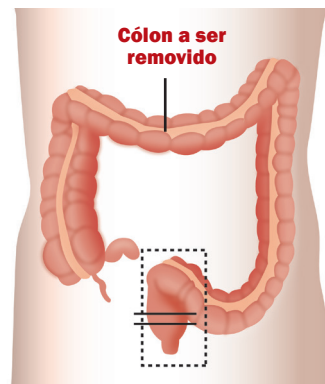
de um neorreto (novo reto), através da criação de uma “bolsa” do íleo terminal que será anastomosado (emendado) ao canal anal. Para proteção dessa emenda, o trânsito intestinal é desviado através da exteriorização do intestino delgado (íleo), em forma de alça, com duas bocas, para, posteriormente, ser fechada.

Complicações: *Precoce*s: infecção da ferida operatória, abscesso intra-abdominal, fístula/deiscência da anastomose (vazamento da emenda). *Tardias*: estenose da anastomose, hérnias incisionais⁷.

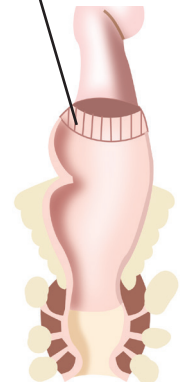
2. Colectomia total e ileorreto anastomose

O que é: trata-se de uma técnica cirúrgica com indicações restritas .

Indicações: intratabilidade clínica, estenose (estreitamento) de dois ou mais segmentos, perfuração com ou sem abscesso associado, displasia ou neoplasia, retardo de crescimento.



Anastomose(emenda) entre íleo e reto



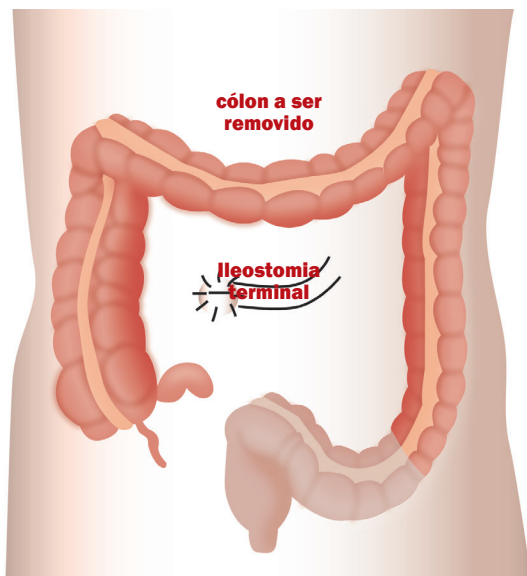
Como é realizada: após a remoção do segmento acometido, é realizada a anastomose (emenda) entre o íleo e o reto.

Complicações: *Precoces*: infecção da ferida operatória, abscesso intra-abdominal, fístula/deiscência da anastomose (vazamento da emenda). *Tardias*: estenose da anastomose, hérnias incisionais⁷.

B. Cirurgias de Urgência

Colectomia Total + Ileostomia Terminal

O que é: ressecção de todo o cólon, com preservação do reto e realização de Ileostomia.



Indicações: hemorragia maciça, obstrução, perfuração e megacólon tóxico

Como é realizada: todo intestino grosso é removido. O reto pode ser exteriorizado na forma de fístula mucosa (ostomia) ou ser mantido fechado dentro da cavidade abdominal, dependendo das condições clínicas do paciente.

Complicações: *Precoces*: infecção da ferida operatória, abscesso intra-abdominal, fístula/deiscência da anastomose (vazamento da emenda). *Tardias*: estenose da anastomose, hérnias incisionais¹⁴.

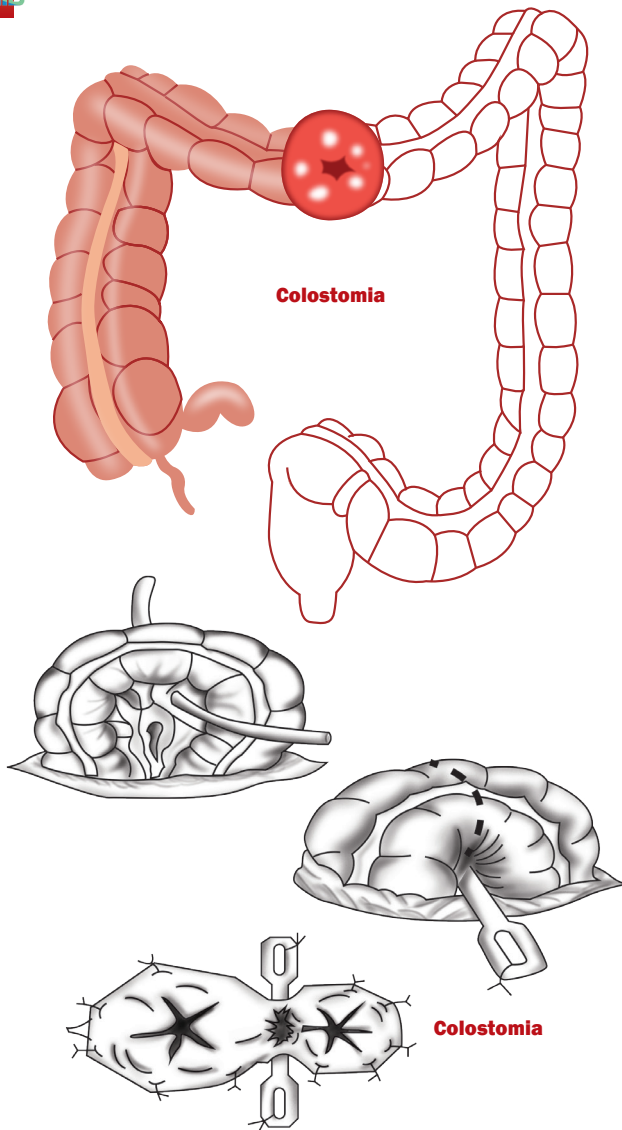
Situações especiais:

1. Estomas

A. Ostomia terminal

O que é: é a exteriorizada em uma única saída do íleo terminal na parede abdominal.

Indicações: proctocolectomia total, cirurgias de urgência onde não possa ser realizadas anastomose de urgência.



Como é realizada: o segmento intestinal do íleo é separado e é realizada uma abertura da parede abdominal, para exteriorizar este segmento. Após são realizados pontos de fixação⁷.

Tipos: via aberta (laparotomia) ou vídeo (laparoscopia).

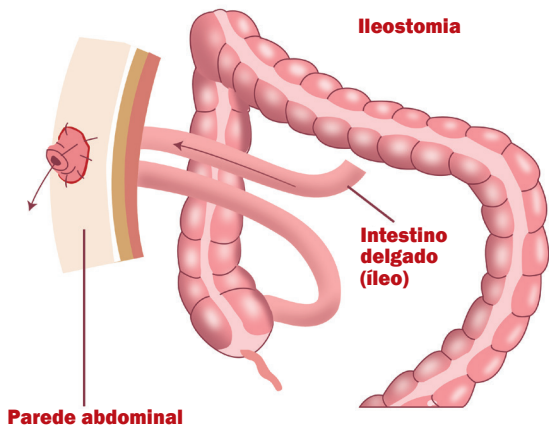
Complicações: necrose, retração, infecção, sangramento, edema, hérnia para-ostomal, prolapso da ostomia, dermatites e estenose (estreitamento).

B. Ostomia em alça

O que é: Consiste na exteriorização do intestino delgado (íleo), em forma de alça, com duas saídas.

Indicações: em caráter temporário, para preservar uma anastomose (emenda), desobstruir o trânsito intestinal em casos de estenose (estreitamento) e na doença perianal grave.

Como é realizada: o segmento intestinal do íleo é separado e é realizada uma abertura da parede abdominal, para exteriorizar as duas saídas. Após são realizados pontos de fixação deste segmento intestinal.



Complicações: necrose, retração, infecção, sangramento e edema, hérnia para-ostomal, prolapso da ostomia, dermatites e estenose⁷.

2. Prevenção da recorrência pós-operatória

Indicações de profilaxia medicamentosa conforme os riscos. É importante que o paciente siga o acompanhamento pós-operatório através de exame endoscópico e/ou calprotectina fecal¹⁰.

O uso precoce da terapia médica, dentro de 2 a 8 semanas após a cirurgia, é eficaz na redução do risco de recorrência endoscópica ou clínica. Por outro lado, a terapia guiada endoscopicamente, na qual o tratamento é iniciado apenas após o estabelecimento da

recorrência endoscópica, evita o tratamento excessivo desnecessário de pacientes de baixo risco, mas pode permitir danos intestinais permanentes que não podem ser revertidos, retardando o início da terapia médica.

A recomendação para pacientes de alto risco é manter terapia medicamentosa. Os estudos neste tema indicam a utilização dos anti-TNF ou tiopurinas como monoterapia, associado ao antibiótico Metronidazol por 3 meses. Já para os pacientes com baixo risco, controle endoscópico a cada 6 a 12 meses¹³.

3. Dilatações endoscópicas

O que é: são técnicas endoscópicas utilizadas para o tratamento das estenoses (estreitamentos).

Indicações: estenoses curtas

Como é realizada: via endoscópica, através de materiais específicos

Tipos: dilatação por balão e estenotomia (corte da área estreitada).

Complicações: perfuração, sangramento^{15,16}.

Orientações gerais aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos:

- 1.** Você deve realizar caminhadas leves assim que possível, evitando esforços físicos por um período médio de 30 dias de pós-operatório;
- 2.** Com relação a sua dieta, deve ser leve e progressiva de acordo com a orientação do seu cirurgião e equipe.
- 3.** Você deve seguir os cuidados com o curativo cirúrgico, de acordo com as orientações da sua equipe. Lembre-se de manter o local sempre limpo.
- 4.** As medicações devem ser seguidas de acordo com a orientação e a receita médica.
- 5.** No caso dos pacientes que foram ostomizados (bolsa de ostomia), o acompanhamento do estomaterapeuta é fundamental e as informações quanto aos cuidados com as ostomias estão na cartilha do GEDIIB sobre o tema.
- 6.** A reintrodução dos medicamentos para sua doença inflamatória intestinal, deve ser de acordo com a orientação do seu médico assistente.
- 7.** Consultas de revisão devem ser agendadas com sua equipe assistente.



Referências

1. Kotze PG, de Albuquerque IC, Da Luz Moreira A, Tonini WB, Olandoski M, Coy CSR. Perianal complete remission with combined therapy (Seton placement and anti-TNF agents) in crohn's disease: A Brazilian multicenter observational study. *Arq Gastroenterol.* 2014. doi:10.1590/s0004-28032014000400004
2. Truong A, Zaghiyan K, Fleshner P. Anorectal Crohn's Disease. *Surg Clin North Am.* 2019. doi:10.1016/j.suc.2019.08.012
3. Panés J, Rimola J. Perianal fistulizing Crohn's disease: Pathogenesis, diagnosis and therapy. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2017. doi:10.1038/nrgastro.2017.104
4. Toh JWT, Stewart P, Rickard MJFX, Leong R, Wang N, Young CJ. Indications and surgical options for small bowel, large bowel and perianal Crohn's disease. *World J Gastroenterol.* 2016. doi:10.3748/wjg.v22.i40.8892
5. Yamamoto T, Mylonakis E, Keighley MRB. Two surgical procedures for strictures at Finney strictureplasty for small bowel Crohn's disease. *Dig Surg.* 2000. doi:10.1159/000051939
6. Michelassi F, Hurst RD, Melis M, et al. Side-to-side isoperistaltic strictureplasty in extensive Crohn's disease: A prospective longitudinal study. *Ann Surg.* 2000. doi:10.1097/0000658-200009000-00012
7. Lan N, Shen B. Endoscopic Strictureotomy Versus Balloon Dilation in the Treatment of Anastomotic Strictures in Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2018. doi:10.1093/ibd/izx085
8. Bessissow T, Reinglas J, Aruljothy A, Lakatos PL, Assche G Van. Endoscopic management of Crohn's strictures. *World J Gastroenterol.* 2018. doi:10.3748/wjg.v24.i17.1859
9. Biko DM, Mamula P, Chauvin NA, Anupindi SA. Colonic strictures in children and young adults with Crohn's disease: Recognition on MR enterography. *Clin Imaging.* 2018. doi:10.1016/j.clinimag.2017.10.011
10. Smida M, Miloudi N, Hefaidh R, Zaibi R. Emergency surgery for Crohn's disease. *Tunis Med.* 2016.
11. Khosraviyani K, Gampbell WJ, Parks TG, Irwin ST. Hartmann procedure revisited. *Eur J Surg.* 2000. doi:10.1080/112041500447272
12. Gutiérrez A, Rivero M, Martín-Arnan MD, et al. Perioperative management and early complications after intestinal resection with ileocolonic anastomosis in Crohn's disease: Analysis from the PRACTICROHN study. *Gastroenterol Rep.* 2019. doi:10.1093/gastro/goz010
13. Lowenfeld L, Cologne KG. Postoperative Considerations in Inflammatory Bowel Disease. *Surg Clin North Am.* 2019. doi:10.1016/j.suc.2019.08.003
14. <https://www.google.com/imgph?hl=pt-BR>

Autores:

Rogério Saad-Hossne

Graduado pela UNESP, Mestre Doutor em Bases Gerais da Cirurgia e Cirurgia Experimental, Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Livre-Docente pela Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP Professor Associado do Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP; Orientador nos cursos de Mestrado e Doutorado, no Programa de Pós-Graduação Cirurgia e Medicina Translacional - UNESP.

Gilmara Pandolfo Zabet

Médica Coloproctologista formada pela PUCRS, membro Titular da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, mestre e doutora em Clínica Cirúrgica pela PUCRS, membro do ECCO, membro Titular do GEDIIB, coordenadora do RS, capital e região metropolitana, do GEDIIB.

Ornella Sari Cassol

Coloproctologista pós graduanda do Programa de Doutorado Medicina PUCRS, preceptora Programa Cirurgia Geral UFFS – Hospital de Clínicas Passo Fundo, professora de Coloproctologia IMED, membro do ECCO, membro Titular AGCP/SBCP/GEDIIB, coordenadora Estadual Interior RS do GEDIIB.

Ilustrações: Sérgio Tanaka

Cartilhas



GRUPO DE ESTUDOS DA
DOENÇA INFLAMATÓRIA
INTESTINAL DO BRASIL

www.gediib.org.br