

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO

**PLASTIAS DE ESTENOSES JEJUNAIS, ILEAIS E
ILEOCECAIS NA DOENÇA DE CROHN: ANÁLISE
DE RESULTADOS IMEDIATOS E TARDIOS**

CAMPINAS

2005

MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO

**PLASTIAS DE ESTENOSES JEJUNAIS, ILEAIS E
ILEOCECAIS NA DOENÇA DE CROHN: ANÁLISE
DE RESULTADOS IMEDIATOS E TARDIOS**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas para
obtenção do título de Doutor em Cirurgia, área de
concentração em Cirurgia*

ORIENTADOR: *Prof. Dr. João José Fagundes*

CO-ORIENTADOR: *Prof. Dr. Cláudio Saddy Rodrigues Coy*

CAMPINAS

2005

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Ay74p Ayrizono, Maria de Lourdes Setsuko
Plastias de estenoses jejunais, ileais e ileocecais na doença de Crohn:
análise de resultados imediatos e tardios. / Maria de Lourdes Setsuko
Ayrizono. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientadores : João José Fagundes, Cláudio Saddy Rodrigues Coy
Tese(Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Doença de Crohn. 2. Cirurgia. 3. Estenose. 4. Intestinos -
Doenças. I. Fagundes, João José. II. Coy, Cláudio Saddy Rodrigues.
III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
Médicas. IV. Título.

Título em inglês: *Jejunal, ileal and ileocecal strictureplasty as the surgical treatment of Crohn's disease*

Keywords : • Crohn's disease

- Surgery
- Stricture
- Inflammatory Bowel Disease

Área de concentração: Cirurgia

Titulação: Doutorado

Banca examinadora:

Prof. Dr. João José Fagundes
Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo
Prof. Dr. Virgínio Cândido Tosta de Souza
Prof. Dr. Luís Roberto Lopes
Prof. Dr. Luiz Henrique Cury Saad

JUNIDADE DC
Nº CHAMADA T1010AMP
Ay74 p
V EX
TOMBO BCI 684-34
PROC 16-P.00123-06
C 2
PREÇO 11,00
DATA 17/05/06
Nº CPD _____
BIB ID: 379328

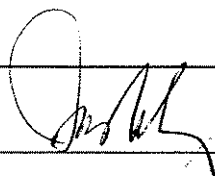
Data da defesa: 31/08/2005

Banca examinadora da tese de Doutorado

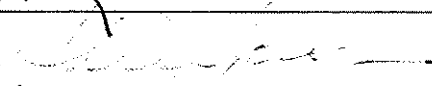
Orientador: Prof. Dr. João José Fagundes

Membros:

1. Prof. Dr. João José Fagundes



2. Prof. Dr. Virgínio Cândido Tosta de Souza



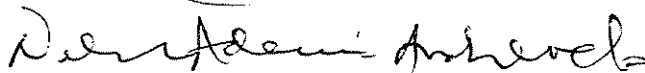
3. Prof. Dr. Luiz Henrique Cury Saad



4. Prof. Dr. Luis Roberto Lopes



5. Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo



Curso de pós-graduação em Cirurgia, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 31/08/2005

2006092281

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Tadashi e Fumi, que sempre me apoiaram muito.

Aos meus irmãos Marcos, Mauro e Neusa, pela amizade e alegria de tê-los ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. João José Fagundes, pelo privilégio de tê-lo como orientador, exemplo de médico e pessoa, minha gratidão e honra de estar ao seu lado, sempre com palavras de estímulo e ensinamentos valiosos. Também pelo grande auxílio na realização deste projeto.

Ao Prof. Dr. Juvenal Ricardo Navarro Góes, Chefe do Serviço de Coloproctologia da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo – UNICAMP, que sempre me acolheu com carinho, e pela inestimável contribuição na minha formação, além de importantes sugestões para o trabalho.

Ao Prof. Dr. Cláudio Saddy Rodrigues Coy, pela honra de tê-lo como co-orientador, pelo apoio e colaboração na elaboração desta, além da amizade e companheirismo por todos esses anos.

Ao Prof. Dr. Luiz Sérgio Leonardi, Titular da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo – UNICAMP, exemplo de dedicação e liderança junto ao Departamento, a quem estimo muito.

À Residente do Serviço de Coloproctologia, Raquel Franco Leal, pela amizade, dedicação e grande colaboração na realização deste trabalho.

À Patrícia Franco Leal pelo assessoramento em informática, com extrema dedicação.

Aos graduandos, residentes, estagiários, pós-graduandos e demais professores da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, pelo estímulo e confiança demonstrados.

E a todos que, de alguma forma, me ajudaram na concretização deste projeto.

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xii</i>
ABSTRACT	<i>xv</i>
1 - INTRODUÇÃO	17
1.1 - Generalidades	18
1.2 - Histórico	19
1.2.1 - Evolução Dos Conhecimentos Sobre A Doença De Crohn.....	19
1.2.2 - Cirurgias Na Doença De Crohn.....	21
1.2.3 - Plastias Na Doença De Crohn.....	23
1.3 - Dados Da Literatura	25
1.4 - Objetivo	30
2 - CASUÍSTICA E MÉTODOS	31
2.1 - Casuística	32
2.1.1 - População De Referência.....	32
2.1.2 - População De Estudo.....	32
2.1.3 - População De Participantes.....	32
2.1.4 - Critérios De Inclusão.....	32

2.1.5 - Critérios De Exclusão.....	32
2.1.6 - Amostra.....	33
2.1.7 - Sexo E Idade.....	33
2.1.8 - Grupo Étnico.....	33
2.1.9 - Tempo De Evolução Da Doença.....	33
2.1.10 - Localização Primária Da Doença.....	33
2.1.11 - Cirurgias Prévias.....	34
2.1.12 - Indicação Cirúrgica.....	36
2.1.13 - Plastias Realizadas.....	36
2.1.14 - Localização Das Plastias.....	38
2.1.15 - Cirurgias Associadas.....	38
2.1.16 - Total De Cirurgias De Plastia Ou Ressecção.....	39
2.2 - Métodos.....	39
2.2.1 - Preparo Intestinal.....	40
2.2.2 - Anestesia.....	40
2.2.3 - Técnica Operatória.....	40
2.3 - Análise Dos Resultados.....	48
2.3.1 - Variáveis De Interesse.....	48
2.3.2 - Análises Realizadas.....	48

3 - RESULTADOS	49
3.1 - Complicações	50
3.1.1 - Complicações Gerais.....	50
3.1.2 - Complicações Locais Precoces.....	51
3.1.3 - Complicações Locais Tardias.....	52
3.2 - Tempo De Internação	52
3.3 - Seguimento	52
3.3.1 - Tempo De Seguimento.....	52
3.3.2 - Recidiva Dos Sintomas.....	53
3.3.3 - Reoperações.....	53
3.3.4 - Recidiva Nas Plastias.....	55
3.3.5 - Sintomas Atuais E Medicações Em Uso.....	55
3.3.6 - Índice De Atividade Da Doença De Crohn: Harvey-Bradshaw.....	56
4 - DISCUSSÃO	58
4.1 - Generalidades	59
4.2 - Complicações	61
4.2.1 - Complicações Gerais.....	62
4.2.2 - Complicações Locais Precoces.....	63
4.2.2.1 - Deiscência de Plastia, Abscesso e Fístula Êntero-cutânea	63

4.2.2.2 - Sangramento.....	65
4.2.2.3 - Infecção Da Ferida Operatória.....	66
4.2.3 - Complicações Locais Tardias.....	67
4.2.3.1 - Hérnia Incisional.....	67
4.2.3.2 - Fístula Êntero-cutânea.....	68
4.3 - Tempo De Internação.....	68
4.4 - Seguimento.....	68
4.4.1 - Recidiva Dos Sintomas.....	69
4.4.2 - Reoperações.....	71
4.4.3 - Recidiva Nas Plastias.....	71
4.4.4 - Sintomas Atuais E Medicacões Em Uso.....	72
4.4.5 - Índice De Atividade De Doença De Crohn.....	73
5 - CONCLUSÃO.....	74
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
7 - ANEXOS.....	85
7.1 - Relação Geral Da Casuística.....	86
7.2 - Índice De Atividade Da Doença De Crohn: Harvey - Bradshaw.....	89

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág.</i>
Tabela 2.1 - Distribuição da casuística conforme localização primária da doença de Crohn.....	34
Tabela 2.2 - Distribuição da casuística conforme número de cirurgias prévias.....	35
Tabela 2.3 - Distribuição da casuística conforme plastias realizadas.....	37
Tabela 2.4 - Distribuição da casuística conforme localização da plastia.....	38
Tabela 2.5 - Distribuição da casuística conforme ressecções intestinais associadas.....	39
Tabela 2.6 - Distribuição da casuística conforme total de cirurgias (plastia ou ressecção).....	39
Tabela 3.1 - Complicações verificadas em sete doentes.....	50
Tabela 3.2 - Seguimento após plastia.....	54
Tabela 3.3 - Recidiva nas plastias.....	55
Tabela 3.4 - Sintomas atuais e medicações.....	56
Tabela 3.5 - Índice de atividade da Doença de Crohn: HARVEY – BRADSHAW.....	57

LISTA DE FIGURAS

	<i>Pág.</i>
Figura 2.1 - Esquema da técnica de Heineke-Mikulicz.....	42
Figura 2.2 - Técnica de Heineke-Mikulicz (A: início, B: final).....	43
Figura 2.3 - Esquema da técnica de Finney.....	44
Figura 2.4 - Técnica de Finney (A: início, B: final).....	45
Figura 2.5 - Esquema da ileocoloplastia látero-lateral.....	46
Figura 2.6 - Técnica de ileocoloplastia látero-lateral (A: início e B: final).....	47

RESUMO

AUTOR: Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono

TÍTULO: Plastias de estenoses jejunais, ileais e ileocecais na doença de Crohn: análise de resultados imediatos e tardios.

ORIENTADOR: Prof. Dr. João José Fagundes

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Cláudio Saddy Rodrigues Coy

Plastia intestinal é uma alternativa cirúrgica no tratamento da estenose da doença de Crohn, principalmente em doentes com ressecções intestinais prévias ou múltiplos segmentos acometidos. O objetivo do trabalho consistiu na análise retrospectiva das complicações e do seguimento dos doentes operados por esta técnica. Foram estudados 28 doentes com estenoses do intestino delgado, ileocecais ou em anastomoses ileocólicas, submetidos à plastias intestinais, no período de setembro de 1991 a maio de 2004, pelo Serviço de Coloproctologia, da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo da UNICAMP. Dezesesseis doentes (57,1%) eram do sexo masculino, com média etária de 33,3 anos (16–54). Dezesesseis tinham antecedente de cirurgia para doença de Crohn, sendo em 13, ressecções intestinais. Foram realizadas 116 plastias (média de 4,1/doente), sendo 94 (81%) à Heineke-Mikulicz, 15 (13%) à Finney e sete (6%) ileocoloplastias látero-laterais. Três doentes foram submetidos a plastias em dois procedimentos cirúrgicos e dois, em três cirurgias. Dezoito doentes (64,3%) realizaram ressecções intestinais concomitantes à plastia, sendo 15 enterectomias (53,6%), duas ileotiflectomias (7,1%) e uma enterectomia associada à ileotiflectomia (3,6%). Foram observadas 14 complicações em sete doentes (25%), e um óbito (3,6%). Ocorreram duas complicações gerais (14,3%), em dois doentes (7,1%) e oito complicações locais precoces (57,1%), em sete doentes (25%). Ocorreram três deiscências de plastias (10,7% dos doentes), mas analisando-se por plastias realizadas, este índice foi de 2,6% (3/116). Dois doentes (7,1%), apresentaram peritonite não relacionada a plastia, sendo uma por lesão inadvertida de alça de delgado e outra secundária à deiscência da anastomose ileocólica. Foram observadas ainda, duas infecções da ferida operatória (14,3%), em dois doentes (7,1%), e uma hemorragia digestiva (3,6%).

Complicações locais tardias foram em número de quatro (28,6%), em dois doentes (7,1%). Ambos apresentaram associação de hérnia incisional e fistula êntero-cutânea. O tempo médio de internação foi de 12,4 dias. No seguimento médio de 58,1 meses, 17 doentes (63%), apresentaram recidiva das cólicas abdominais, após três a 48 meses das plastias e dois doentes (7,4%), evoluíram com fistulas êntero-cutâneas, após dois e 19 meses, respectivamente. Onze doentes (40,7%) foram submetidos a novas cirurgias para realização de outras plastias ou ressecções intestinais, sendo que dois deles foram reoperados duas vezes e um, três vezes. Observaram-se quatro recidivas (3,5%) em local de plastia prévia, em três doentes (11,1%). Das recidivas, três (20%), foram na plastia do tipo Finney e uma no Heineke-Mikulicz (1,1%). Atualmente, 19 doentes estão assintomáticos ou oligossintomáticos, a grande maioria com uso de medicação. Em conclusão, as plastias apresentam baixos índices de complicações, principalmente no quesito deiscência, apesar das suturas serem realizadas no intestino doente. Pode-se inferir ainda que propiciam alívio dos sintomas. Uma vez que muitos doentes com doença de Crohn necessitarão de várias cirurgias ao longo da vida, as plastias constituem uma alternativa eficaz, pois podem aliviar os sintomas obstrutivos e também evitar ressecções intestinais extensas e suas conseqüências.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de Crohn; Doença Inflamatória Intestinal; Cirurgia; Estenose.

ABSTRACT

AUTHOR: Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono

TITLE: Jejunal, ileal and ileocecal strictureplasty as the surgical treatment of Crohn's disease: early and late results

MENTORS: Prof. Dr João José Fagundes

Prof. Dr Cláudio Saddy Rodrigues Coy

Strictureplasty is an alternative surgical procedure for Crohn's disease, particularly in patients with previous resections or many intestinal stenosis. The aim of this study was to analyze surgical complications and clinical follow-up in patients submitted to strictureplasty secondary to Crohn's disease. Twenty-eight patients (57,1% male, mean age 33,3 years, range 16-54 years) with Crohn's disease and intestinal stenosis (small bowel, ileocecal region and ileocolic anastomosis) were submitted to strictureplasty, at one institution, between september 1991 and may 2004. Sixteen patients had previous surgical procedures for Crohn's disease and 13 with intestinal resections. The mean follow-up was 58,1 months. A total of 116 strictureplasties were done (94 Heineke-Mikulicz – 81%, 15 Finney – 13%, seven side-to-side ileocolic strictureplasty – 6%). Three patients were submitted to strictureplasty at two different surgical procedures and two in three procedures. Regarding to strictureplasty, postoperative complication rate was 57,1%, with three suture leaks (10,7%) and late was present in two patients, both with incisional hernial and enterocutaneous fistulas (28,6%). Patients remained hospitalized during a medium time of 12,4 days. Clinical and surgical recurrence rates were 63% and 41%, respectively. Among the patients submitted to another surgery, two patients had two more operations and one had three. Recurrence rate at strictureplasty site was observed in 3,5%, being Finney technique the commonest one. Presently, 19 patients had been asymptomatic with the majority of them under medical therapy. In conclusion, strictureplasties have low complicating rates, in spite of having been done at compromised site, with long term pain relief. Considering the clinical course of Crohn's disease, with many patients being submitted to intestinal resections, strictureplasties should be considered as an effective surgical treatment to spare long intestinal resections.

KEYWORDS: Crohn's disease ; Inflammatory Bowel Disease ; Surgery ; Stricture

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - Generalidades

A doença de Crohn é uma inflamação crônica, de natureza insidiosa, com tendência à recorrência, que pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal, em especial o intestino delgado e o cólon.

Uma predisposição genética associada a um agente exógeno, ainda não identificado, levaria a uma resposta exacerbada dos mecanismos de inflamação, com expressão da doença no trato gastrointestinal.

A cirurgia não cura a doença e deve ser indicada na presença de complicações como obstrução, abscessos e fistulas, manifestações que não respondem ao tratamento clínico, retardo de desenvolvimento em crianças e, mais raramente, perfuração, sangramento e megacólon tóxico.

A maioria dos portadores de doença de Crohn requer tratamento cirúrgico, em algum tempo, no curso da doença. É importante saber em que momento o tratamento clínico deve ser substituído pelo tratamento cirúrgico, no intuito de prevenir sérias complicações, mesmo sabendo que a recidiva cirúrgica poderá exigir novas laparotomias (LAVERY e SOUZA, 1999).

A necessidade da cirurgia está diretamente relacionada à localização anatômica do envolvimento inicial no trato gastrointestinal e ao tempo de evolução da doença. Doentes com envolvimento inicial do íleo terminal e cólon, têm maior necessidade de cirurgias, do que com doença confinada ao cólon ou ao reto (BECKER, 1999)

As taxas de cirurgia variam de 33% (GOLLOP et al., 1988) a 55% (FARMER et al., 1985) após dez anos do início dos sintomas, de 75%, aos 20 anos (BECKER, 1999) e 90%, aos 30 anos (MEKHJIAN et al., 1979). Estima-se que 70% dos portadores requeiram pelo menos uma cirurgia para sua doença (DE DOMBAL et al., 1971; FARMER et al., 1985; SACHAR et al., 1990).

O envolvimento do intestino delgado é característica comum, com aproximadamente 75% dos doentes afetados. Nestes, a indicação cirúrgica mais comum é a obstrução crônica, causada por fibrose e estenose.

A doença de Crohn recidiva freqüentemente após cirurgia, em taxas de 8 a 10% ao ano (GREENSTEIN et al., 1975; SACHAR et al., 1983).

As taxas de reoperações à longo prazo são altas como 30 a 60% (GREENSTEIN et al., 1978; WHELAN et al., 1985; MICHELASSI et al., 1991). Trinta e três a 82% dos doentes necessitam de reoperação, e 22 a 30% mais de duas operações (HEIMANN et al., 1998; LAUTENBACH et al., 1998).

As técnicas operatórias são selecionadas visando resolver a complicação que determinou a indicação cirúrgica, ao mesmo tempo em que se tenta preservar a maior extensão possível do intestino (TEIXEIRA e HABR-GAMA, 1997).

Assim, a plastia intestinal apresenta-se como opção no tratamento cirúrgico da doença de Crohn, principalmente em doentes com múltiplas estenoses ou várias ressecções intestinais prévias, com possibilidade de desenvolver síndrome do intestino curto.

1.2 - Histórico

1.2.1 - Evolução Dos Conhecimentos Sobre A Doença De Crohn

A descrição inicial da doença de Crohn faz remontar ao caso registrado por MORGAGNI¹ em 1769.

Em 1813, COOMBE e SAUDERS² descreveram os achados da necropsia de um homem que morreu de obstrução intestinal crônica em que o íleo distal apresentava-se bastante estreitado.

¹ MORGAGNI, G.B. apud FAZIO, V.W.; AUFSES, A.H. Evolution of surgery for Crohn disease. A century of progress. Dis Colon Rectum, 42:979-988, 1999.

² COOMBE, C.E. e SAUDERS, A. apud FAZIO, V.W. ; AUFSES, A.H. Evolution of surgery for Crohn disease. A century of progress. Dis Colon Rectum, 42:979-988, 1999.

WILKS³ (1859), descreveu os achados de necropsia de uma jovem, que morreu no início da gravidez, com inflamação do íleo terminal. Também o intestino grosso apresentava úlceras, a maioria isoladas, de tamanhos variados, na qual foi excluída tuberculose intestinal.

No final do século XIX, outros relatos descrevem as características macroscópicas da doença de Crohn, incluindo fistulas .

Em 1913, uma série de nove casos de doença inflamatória intestinal foi relatada por DALZIER. Além da doença ileal, vários de seus doentes tinham envolvimento do jejuno ou cólon, ou ambos. Oito deles foram operados e um morreu antes da cirurgia.

Em 1923, MOSCHCOWITZ e WILENSKY descreveram quatro doentes com granulomas não específicos, do intestino.

Entretanto, foi quase 20 anos após DALZIER, que a doença foi apresentada à comunidade médica, em 13 de maio de 1932, uma sexta-feira, em um artigo intitulado ileíte terminal, por BURRIL B. CROHN, no encontro da Associação Médica Americana. Na ocasião, BARGEN, da Mayo Clinic, notou que vários casos similares foram também operados em Rochester. Ele também criticou o uso da terminologia ileíte terminal uma vez que a doença era descrita também em outros segmentos do intestino.

Os 14 doentes descritos por CROHN, foram estudados no Laboratório de Patologia do Hospital Monte Sinai, por GORDON OPPENHEIMER e LEON GINZBURG. Quando o artigo de CROHN foi publicado, em agosto de 1932, no Jornal da Associação Médica Americana, os três foram listados em ordem alfabética. Provavelmente, em resposta à discussão com BARGEN, o artigo publicado foi intitulado ileíte regional.

Todos estes doentes tinham sido operados por A. A. BERG, um extraordinário cirurgião da época, mas este recusou ser co-autor, uma vez que não tinha escrito nenhuma parte do artigo.

³ WILKS, S. apud FAZIO, V.W. ; AUFSES, A.H. Evolution of surgery for Crohn disease. A century of progress. Dis Colon Rectum, 42:979-988, 1999.

Os debatedores da apresentação original de CROHN estavam certos. Dentro de dois anos, a doença tinha sido descrita em outras partes do intestino delgado e no cólon.

Através das décadas, tem sido relatado o envolvimento de todos os segmentos do trato gastrintestinal, com o processo conhecido agora como doença de Crohn. O epônimo Crohn, foi outorgado pelos ingleses em 1939.

A doença de Crohn ganhou notoriedade em 1956 quando o presidente americano Eisenhower foi operado por obstrução intestinal. Embora ele tivesse sintomas intestinais há vários anos o diagnóstico da doença de Crohn foi feito no ano da cirurgia.

1.2.2 - Cirurgias Na Doença De Crohn

Desde a descrição de uma doença inflamatória não específica no íleo terminal por DALZIER e CROHN e colaboradores, tem havido mudanças na filosofia do tratamento cirúrgico da doença de Crohn.

No princípio, ressecção radical era considerada necessária (GARLOCK et al., 1945). Todo segmento doente, com uma margem de até 30 centímetros em cada extremidade, e também os linfonodos aumentados, era removido. Entretanto, a mortalidade seguindo tais cirurgias era elevada.

Muitos cirurgiões achavam que um procedimento mais conservador deveria ser indicado uma vez que as dificuldades em dissecar a área muito inflamada, com aderências, eram associadas com alta mortalidade. Conseqüentemente, a tendência foi para procedimentos de derivação, geralmente realizando anastomose látero-lateral entre o íleo proximal normal e o cólon transverso. Nos maiores centros, a taxa de mortalidade caiu para próximo de zero.

Em 1945, GARLOCK e CROHN relataram uma série de 164 doentes operados por vários cirurgiões, e nenhuma mortalidade foi verificada em 65 doentes com derivação ileotransversa e exclusão, ao passo que a ressecção em um tempo, acarretava mortalidade de 16% e em dois estágios de ressecção, 12%.

Se a cirurgia de derivação nos anos 40 e 50, tinha reduzido a mortalidade pós-operatória, aumentou a taxa de recorrência e complicações sépticas uma vez que a doença era deixada no local.

Entretanto, o principal fator do abandono da cirurgia de derivação foi o aparecimento de adenocarcinoma, no segmento excluído. Em 1978, GREENSTEIN et al. relataram sete casos de carcinomas no intestino delgado excluído.

Assim, nos anos 70, a ressecção intestinal emergiu novamente como procedimento de escolha para a maioria dos doentes com localização da doença no íleo terminal ou ileocolite. Têm sido relatadas baixas morbidade e mortalidade em estudos recentes, principalmente em casos eletivos.

Os fatores que contribuíram para a diminuição da morbi-mortalidade pós-operatória incluem melhoria nas condições pré, intra e pós-operatórias como nutrição, manejo hidroeletrólítico, anestesia e antibioticoterapia.

O retorno da cirurgia excisional no tratamento da doença de Crohn, criou controvérsia em relação à extensão da ressecção intestinal. WOLF et al. (1983) demonstraram alta recorrência em pacientes com doença microscópica na margem de ressecção, enquanto outros autores não mostraram nenhuma diferença na taxa de recorrência em doentes com e sem doença microscópica na margem de ressecção (LEE e PAPAIOANNOU, 1980; PENNINGTON et al., 1980; HEUMAN et al., 1983). Além disso, estudos mais recentes não têm demonstrado diferença na taxa de recorrência e complicações mesmo quando doença macroscópica é deixada (FAZIO et al., 1996).

Atualmente, os cirurgiões reconhecem que a doença de Crohn é de acometimento universal e não pode ser curada por excisão apenas. Com isso, a partir dos anos 80, as plastias têm se firmado como opção importante no tratamento cirúrgico da estenose da doença de Crohn.

1.2.3 - Plastias Na Doença De Crohn

A primeira plastia intestinal, em um portador de doença de Crohn, foi realizada em 1961, por BRYAN BROOKE⁴. O doente, também portador de enterite actínica, apresentava estenose no local de prévia anastomose ileotransversa. BROOKE abriu a estenose longitudinalmente e a fechou no sentido transversal, com alívio dos sintomas obstrutivos. A plastia permaneceu patente por dez anos.

Entretanto, foi anos mais tarde que a plastia de estenose tornou-se opção cirúrgica corrente no manejo da doença de Crohn do intestino delgado.

Estímulo para a idéia de plastia intestinal veio no final da década de 70, quando relatos na Índia demonstravam que estenoses intestinais por tuberculose podiam ser tratadas desta forma.

Em 1977, KATARIYA et al., relataram plastias em nove doentes com tuberculose intestinal. Em alguns casos, realizou-se também ressecção concomitante. Não foram observadas complicações.

EMANOEL LEE, um cirurgião sul-africano, trabalhando em Oxford, foi o primeiro a defender o conceito de plastia do intestino delgado na doença de Crohn. MORTENSEN⁵, relatou que o primeiro caso de Lee, era uma moça de 21 anos, com múltiplas estenoses do intestino delgado e o ano era de 1979. LEE e ALEXANDER-WILLIAMS, trabalhando independentemente, foram os pioneiros na introdução das plastias no mundo ocidental.

Em 1982, LEE juntamente com PAPAIOANNOU, relataram o emprego de plastias em nove doentes com estenose por doença de Crohn. A maioria tinha uma ou mais ressecções intestinais prévias. Sete dos doentes, tinham também inflamação em outras partes do intestino (cólon, perianal) e quatro, em outros segmentos do trato gastrointestinal. A indicação cirúrgica foi obstrução intestinal crônica em todos os doentes. Foram

⁴ BROOKE, B. apud ALEXANDER-WILLIAMS, J.; HAYNES, I.G. Up-to-date management of small bowel Crohn's disease. *Adv Surg*, 20:245-264, 1987.

⁵ MORTENSEN, N.J. apud FAZIO, V. W.; AUFSES, A.H. Evolution of surgery for Crohn disease. A century of progress. *Dis Colon Rectum*, 42:976-988, 1999.

realizadas nove plastias à Heineke-Mikulicz, oito ressecções mínimas e três derivações. Não houve mortalidade e nem complicações maiores. Um doente apresentou infecção da ferida operatória.

Desde então, outros autores (ALEXANDER-WILLIAMS, 1984; TJANDRA et al., 1993), têm demonstrado resultados animadores com o uso da plastia como alternativa para a ressecção.

O princípio da plastia intestinal é análogo à piloroplastia, das quais a técnica e a nomenclatura têm sido adaptadas. Duas formas de plastias ganharam popularidade, à Heineke-Mikulicz, indicado para estenoses curtas (até oito centímetros) e à Finney, para estenoses mais longas (oito a 15 centímetros).

O aumento da experiência e os resultados demonstrando a eficácia e a baixa morbidade das plastias, têm encorajado muitos autores a descreverem novas técnicas alternativas de plásticas.

Em 1993, FAZIO e TJANDRA descreveram uma plastia combinando elementos das duas técnicas, Heineke-Mikulicz e Finney, para estenoses longas, separadas por segmentos normais. Esta técnica teria a vantagem de evitar a formação de divertículo lateral como na plástica à Finney, uma vez que isso propiciaria supercrescimento bacteriano e síndrome da alça cega (TICHANSKY et al., 2000).

A anastomose êntero-entérica látero-lateral, isoperistáltica, foi descrita por MICHELASSI, em 1996, para tratamento de estenoses longas de jejuno ou íleo.

No mesmo ano, SASAKI et al., descreveram a plastia denominada duplo Heineke-Mikulicz, para múltiplas estenoses, separadas por segmentos curtos de intestino normal.

Estenoses da região ileocecal e de anastomose ileocólica podem ser tratadas com plastia êntero-cólica látero-lateral, como propostos por POGGIOLI et al., em 1997.

TASCHIERI et al. publicaram também, no mesmo ano, um tipo alternativo de plastia ileocólica equivalente à técnica de POGGIOLI.

Em 2003, POGGIOLI et al. descreveram a plastia êntero-entérica látero-lateral isoperistáltica para estenoses bastante longas. Esta técnica difere do MICHELASSI, uma vez que a secção da alça é feita na transição do segmento estenosado e normal, realizando-se, então, anastomose látero-lateral entre o intestino comprometido e o normal.

1.3 - Dados Da Literatura

LEE e PAPAIOANNOU (1982) relataram nove plastias no intestino delgado em nove doentes portadores de doença de Crohn. Foram realizadas também oito ressecções mínimas e três derivações. Não ocorreram complicações, exceto uma infecção da ferida operatória.

ALEXANDER-WILLIAMS (1984) realizou 63 plastias de estenoses intestinais em 23 doentes, sendo múltiplas em 13. Não foram verificados óbitos ou complicações maiores. Três doentes foram reoperados por recidiva dos sintomas, mas as plásticas estavam patentes.

PACE et al. (1984) descreveram o relato de um portador de doença de Crohn com múltiplos segmentos de estenoses no jejuno e íleo, tendo sido realizadas seis plastias à Heineke-Mikulicz. Apresentou boa evolução e alta no 18º dia de pós-operatório. Foi reoperado após sete meses por recidiva da doença, tendo realizado uma ressecção intestinal e mais duas plastias. Na ocasião, as plásticas estavam pérvias e sem doença ativa.

FAZIO e GALANDIUKY (1985) relataram também 12 plastias em três doentes com estenose por Crohn, sem complicações. Após acompanhamento de seis meses, todos estavam assintomáticos.

KENDAL et al. (1986) operaram nove doentes, tendo sido realizadas 13 cirurgias e 45 plastias em segmentos com a moléstia ativa. Três deles evoluíram com abscessos e fistulas êntero-cutâneas, sendo duas de anastomose e uma da plastia. No seguimento, seis doentes com envolvimento difuso do intestino delgado, apresentaram recidiva dos sintomas após um e seis meses da plástica.

FAZIO et al. (1989) realizaram 225 plastias intestinais em 50 doentes, com taxa de morbidade de 16%, sendo observados dois abscessos intraperitoneais, três fistulas êntero-cutâneas e um íleo prolongado. Ocorreram também duas hemorragias, sendo uma na anastomose ileocólica, comprovada na arteriografia terapêutica. No seguimento de oito meses, um doente foi reoperado com recidiva em uma das plastias.

DEHN et al. (1989) operaram 24 doentes, em 30 procedimentos cirúrgicos, realizando-se 86 plastias. Verificou-se um abscesso com fístula êntero-cutânea. Na evolução, quatro doentes foram reoperados, sendo duas reoperações em dois doentes e três em outros dois, após média de 18 meses da cirurgia. Ocorreu uma recidiva em plástica prévia.

GAETINI et al. (1989) relataram 19 plastias em oito doentes, sem morbidade ou mortalidade. No seguimento médio de 16,5 meses, todos estavam livres de sintomas.

SILVERMAN et al. (1989) realizaram 36 plastias em 14 doentes, sendo que em 13, realizou-se ressecção intestinal concomitante. Ocorreram complicações em três doentes, sendo uma possível deiscência, uma infecção da ferida operatória e uma hemorragia digestiva alta. No acompanhamento médio de 16,1 meses, dois doentes foram reoperados, após três e oito meses da plastia.

PRITCHARD et al. (1990) operaram 13 doentes, tendo sido realizadas 52 plastias e ressecção intestinal concomitante em quatro. Observaram um abscesso, decorrente da deiscência de uma das plastias. Quatro doentes foram reoperados por recidiva, após seguimento médio de dois anos, sendo uma recidiva em plástica.

FAZIO et al. (1993) apresentaram 452 plastias de estenoses em 116 doentes, sendo 61% das cirurgias, associadas à ressecção intestinal. Foram verificadas 21 complicações, sendo 16, relacionadas à plástica. Ocorreram cinco deiscências de plastias, dois abscessos e uma deiscência em anastomose ileocólica, além de sete hemorragias, necessitando de angiografia com injeção de pitressina em dois, quatro íleos prolongados e uma colite por *Clostridium*.

TJANDRA e FAZIO (1993) relataram 22 plastias de estenoses de anastomoses ileocólicas, com as seguintes complicações: três íleos prolongados, duas infecções da ferida operatória e um sangramento. No seguimento médio de dois anos, dois doentes apresentaram recidiva dos sintomas, sendo que um foi reoperado.

TJANDRA et al. (1993) realizaram 315 plastias intestinais em 42 doentes, com ressecção sincrônica em 52%. Ocorreram três abscessos ou fistulas êntero-cutâneas (7%), um necessitando de tratamento cirúrgico. Todos experimentaram alívio dos sintomas e após acompanhamento médio de três anos, ocorreu recorrência em 24% dos doentes.

ALEXANDER-WILLIAMS (1994) realizou 309 plastias, em 97 procedimentos cirúrgicos, em 80 doentes. Foram verificadas quatro complicações em dez doentes, sendo oito fistulas êntero-cutâneas e dois casos de sépsis abdominal. No seguimento médio de 72 meses, 42,6% dos doentes foram reoperados.

QUANDALE et al. (1994) operaram 22 doentes, realizando-se 107 plastias. Em 68% dos doentes realizou-se ressecção intestinal concomitante. Como complicação, observou-se um abscesso intraperitoneal. Recorrência sintomática ocorreu em nove doentes (40%). Destes, cinco (22%) foram reoperados, sendo um deles por sangramento crônico. Três doentes (13,5%) apresentaram recorrência em plastia prévia.

TJANDRA e FAZIO (1994) apresentaram 215 plastias de estenoses em 54 doentes, não associadas à ressecção intestinal. Ocorreram dois abscessos e duas fistulas êntero-cutâneas, além de um íleo prolongado. No seguimento, 14 doentes apresentaram recorrência, sendo sete, reoperados. A taxa de recidiva em plástica foi de 2,3% (5/215).

SPENCER et al. (1994) relataram 71 plastias em 35 doentes com estenoses por Crohn, sendo em 24 associadas à ressecção intestinal. Não se verificaram deiscências, abscessos ou fistulas êntero-cutâneas. Ocorreram três obstruções intestinais e duas infecções da ferida operatória. A recorrência foi de 20%, sendo seis doentes reoperados, após média de 2,2 anos. Não se observou recidiva em plastia.

SERRA et al. (1995) relataram 154 plastias intestinais em 43 portadores de doença de Crohn. Ocorreram, uma deiscência com abscesso e uma possível fistula, além de cinco infecções da ferida operatória e um sangramento, este em um doente que fazia uso de anticoagulante. No seguimento médio de 54,5 meses, 26 estavam assintomáticos e 14 foram reoperados.

STEBBING et al. (1995) realizaram 241 plastias em 52 doentes, sendo observados uma fistula êntero-cutânea e três sangramentos, com um deles necessitando de laparotomia. Dezenove doentes (36%), foram submetidos a uma segunda cirurgia por recidiva da doença e, sete (13%), a uma terceira. A taxa de recidiva em plastia prévia foi de 3,7%.

BABA e NAKAI (1995) realizaram 187 plastias de estenoses, em 66 doentes, sendo associada com ressecção intestinal concomitante em 75%. Observaram-se 3% de morbidade, tendo sido verificadas, uma deiscência de anastomose cólica, uma obstrução intestinal e uma infecção da ferida operatória. No seguimento médio de 37 meses, 12 doentes foram reoperados. Não houve influência da localização da estenose, cirurgia prévia ou tipo de plastia realizada, na recidiva da doença.

OZUNER et al. (1996) relataram 698 plastias em 162 doentes, com ressecções intestinais sincrônicas em 68% dos casos. Complicações sépticas foram observadas em oito doentes (5%), sendo cinco fistulas êntero-cutâneas e três abscessos. Ocorreram ainda oito ileos prolongados, dois sangramentos, duas hérnias incisionais e uma infecção da ferida operatória. No acompanhamento tardio, cirurgia foi necessária em 22% dos doentes. Ocorreram oito recidivas em plastias prévias (5%). As complicações não foram associadas com uso de corticóides ou ressecção intestinal concomitante. O único fator que alterou a morbidade foi a hipoalbuminemia, porém esta diferença não foi estatisticamente significativa.

HURST e MICHELASSI (1998) relataram 109 plastias de estenoses em 57 doentes, com ressecção intestinal simultânea em 67%. Ocorreram sete complicações precoces, em sete doentes (12%), sendo três obstruções intestinais, dois ileos prolongados, uma hemorragia e uma deiscência de plastia. No seguimento, sete doentes foram reoperados e ocorreram cinco recidivas em plastias.

YAMAMOTO e KEIGHLEY (1999) realizaram 135 plastias em 43 doentes, não associadas à ressecção intestinal. Foram verificadas três deiscências com fistulas êntero-cutâneas e uma sépsis abdominal. No acompanhamento, 21 doentes (49%), foram reoperados, após média de 19 meses das plásticas. O único fator que afetou a taxa de reoperação foi a idade. Nos doentes com menos de 35 anos, a taxa foi de 79% aos cinco anos e 79% aos dez anos. No outro grupo, foi de 22,5% e 30%, respectivamente.

YAMAMOTO et al. (1999) operaram 42 doentes com estenoses de anastomoses ileocólicas, realizando-se plastias. Ocorreram três infecções da ferida operatória e dois abscessos intraperitoneais. Após seguimento de 99 meses, 50% dos doentes necessitaram de reoperação.

TONELLI e FICARI (2000) relataram 174 plastias de estenoses intestinais em 44 doentes, sendo em 34 deles associadas à ressecção intestinal. Não se observaram óbitos, abscessos ou fistulas. Um doente apresentou sangramento retroperitoneal e outros dois, obstruções intestinais.

MICHELASSI et al. (2000) realizaram plastias látero-laterais isoperistálticas em 21 doentes, ocorrendo como complicação apenas uma hemorragia, provavelmente da plástica. Em 15 doentes, tinham sido realizadas ressecções intestinais ou outras plastias concomitantes.

TICHANSKY et al. (2000), em coletânea de 15 estudos, analisaram 1825 plastias intestinais em 506 doentes. A taxa de morbidade foi de 13%, com 74 complicações em 66 doentes. Foram observadas: 23% de fistulas êntero-cutâneas; 10,8% de abscessos; 10,8% de sangramentos; 8,1% de infecções da ferida operatória; 5,4% de sépsis abdominal; 4,1% de obstruções intestinais e 2,7% de deiscências de plastias. A taxa de recorrência foi de 25,5%.

DIETZ et al. (2001) realizaram 701 plastias em 123 doentes com doença de Crohn, observando morbidade de 20%. Foram verificados 13 hemorragias, quatro fistulas êntero-cutâneas, quatro íleos prolongados, uma deiscência de plastia, uma infecção da ferida operatória e uma colite por *Clostridium*. Idade avançada e perda de peso foram associadas com aumento de complicações, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa. A recorrência foi de 29%, com seguimento médio de 6,7 anos.

POGGIOLI et al. (2002), em artigo de revisão, relataram 340 plastias dos mais variados tipos, em 89 doentes, com índice de complicações de 5,6%. Ocorreram três fistulas, duas deiscências de plásticas e um caso de sangramento.

LAURENT et al. (2002) realizaram 68 plastias em 18 doentes, sendo em 15, com ressecção intestinal sincrônica. Foram observados uma infecção da ferida operatória e um íleo prolongado. Na evolução, ocorreram quatro recorrências e um doente foi reoperado, após 48 meses. Não se observou recidiva em plastia.

DI ABRIOLA et al. (2003) relataram cinco adolescentes submetidos a plastias de estenoses por doença de Crohn, sem nenhuma complicação. Após seguimento médio de 20,5 meses, todos estavam assintomáticos, com bom estado nutricional e livre de corticóides.

SAMPIETRO et al. (2004) realizaram diferentes tipos de plastias intestinais em 102 doentes. Observaram-se três deiscências de plastias, dois sangramentos e um íleo paralítico. No seguimento médio de 41,2 meses, 15 doentes apresentaram recorrência cirúrgica. A recidiva na plastia à Heineke-Mikulicz foi de 1,5%, enquanto na plastia não convencional, foi de 0,8%.

TONELLI et al. (2004) realizaram plastias látero-laterais, isoperistálticos em 31 doentes, sendo em 17, associadas a outras plastias e, em 16, com ressecções intestinais concomitantes. No pós-operatório, ocorreu uma hemorragia. Em seis meses, o índice de atividade da doença de Crohn, diminuiu em 62,3%. Seis doentes necessitaram de reoperações, após média de 40 meses.

1.4 - Objetivo

O objetivo do presente trabalho consistiu na análise do tratamento das estenoses do intestino delgado, ileocecais e em anastomoses ileocólicas, decorrentes da doença de Crohn, por meio de enteroplastias e ileocoloplastias, bem como as complicações precoces e tardias, e a evolução a médio e longo prazo.

***2 - CASUÍSTICA E
MÉTODOS***

2.1 - Casuística

2.1.1 - População De Referência

A população de referência foi constituída pelos doentes do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais, do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.

2.1.2 - População De Estudo

A população de estudo foi constituída pelos portadores de doença de Crohn, operados no Serviço de Coloproctologia da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo.

2.1.3. População De Participantes

A população de participantes constou de doentes portadores de estenoses localizadas no intestino delgado, ileocecais e ainda em anastomoses ileocólicas, secundárias à recidiva da doença de Crohn.

2.1.4 - Critérios De Inclusão

Foram incluídos os doentes submetidos a pelo menos uma plastia, associada ou não à ressecção intestinal, com acompanhamento mínimo pós-operatório de um ano.

2.1.5 - Critérios De Exclusão

Foram excluídos os doentes nos quais realizou-se apenas ressecção intestinal ou com seguimento inferior a um ano, assim como aqueles operados em caráter de urgência ou por outra equipe cirúrgica.

2.1.6 - Amostra

Foi constituída de 28 doentes submetidos a uma ou mais plastias intestinais, em 35 procedimentos cirúrgicos, no período compreendido entre setembro de 1991 a maio de 2004, pelo Serviço de Coloproctologia da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo.

2.1.7 - Sexo E Idade

Dezesseis doentes (57,1%) eram do sexo masculino, sendo a média etária de 33,3 anos, com variação de 16 a 54 anos.

2.1.8 - Grupo Étnico

Todos os doentes eram brancos.

2.1.9 - Tempo De Evolução Da Doença

O tempo médio entre o início dos sintomas e a realização da plastia foi de 77,3 meses, variando de seis a 264 meses.

2.1.10 - Localização Primária Da Doença

Em cinco casos (17,9%), houve acometimento do jejuno, íleo e segmento ileocecal. Em quatro doentes (14,3%), estavam acometidos o jejuno e íleo. Em outros quatro (14,3%), apenas o íleo estava envolvido. Em três doentes (10,7%), além do jejuno e íleo, havia manifestação perianal. Em outros três (10,7%), o íleo e segmento ileocecal estavam envolvidos. Em dois doentes (7,1%), apenas o jejuno estava acometido. Em outros dois (7,1%), a doença manifestava-se no jejuno, íleo, segmento ileocecal e na forma perianal. Em mais dois (7,1%), no íleo, ileocecal e região perianal. Em um doente (3,6%), a

doença de Crohn manifestava-se no jejuno, íleo, cólon esquerdo, reto e região perianal; em outro doente (3,6%), no íleo e no cólon esquerdo. No último doente (3,6%), além do íleo, tinha a região perianal envolvida (Tabela 2.1).

Tabela 2.1 - Distribuição da casuística conforme localização primária da doença de Crohn.

LOCALIZAÇÃO DA DOENÇA	NÚMERO DE DOENTES (%)
Jejuno + íleo + ileocecal	5 (17,9%)
Jejuno + íleo	4 (14,3%)
Íleo	4 (14,3%)
Jejuno + íleo + perianal	3 (10,7%)
Íleo + ileocecal	3 (10,7%)
Jejuno	2 (7,1%)
Jejuno + íleo + ileocecal + perianal	2 (7,1%)
Íleo + ileocecal + perianal	2 (7,1%)
Jejuno + íleo+ cólon esquerdo/reto+ perianal	1 (3,6%)
Íleo + cólon esquerdo	1 (3,6%)
Íleo + perianal	1 (3,6%)
TOTAL	28 (100%)

2.1.11 - Cirurgias Prévias

Dezesseis doentes (57,1%) apresentavam antecedente de cirurgia para doença de Crohn, totalizando 24 procedimentos cirúrgicos. Treze deles (46,4%), foram submetidos à ressecção intestinal prévia, sendo um procedimento em dez doentes e dois, nos outros três (Tabela 2.2).

Outras cirurgias prévias foram: drenagem de abscesso perianal em quatro (14,3%), laparoscopia diagnóstica em dois (7,1%), laparotomia em um (3,6%) e reconstrução do trânsito intestinal em um outro (Tabela 2.2).

Tabela 2.2 - Distribuição da casuística conforme número de cirurgias prévias.

DOENTE	RESSECÇÃO INTESTINAL	DRENAGEM ABSCESSO PERIANAL	LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA	LAPAROTOMIA	RECONSTRUÇÃO TRÂNSITO INTESTINAL
1					
2			1		
3		1			
4					
5	2	1			
6					
7	1		1		
8					
9					
10					
11	1				
12	1				
13	1	1			1
14	2				
15	2				
16					
17					
18					
19	1				
20					
21	1				
22	1	1			
23	1				
24	1				
25				1	
26					
27					
28	1				
TOTAL	16	4	2	1	1

2.1.12 - Indicação Cirúrgica

A indicação da cirurgia foi principalmente por ocorrência de sinais e sintomas de suboclusão intestinal, tais como dor e distensão abdominal, dificuldade para eliminar flatos e fezes, empachamento abdominal, comprovada por radiografia simples do abdome, radiografia contrastada ou tomografia computadorizada.

A indicação da plastia foi pela presença de múltiplos segmentos de estenoses ou em doentes com ressecção intestinal prévia. Na ocorrência de perfuração bloqueada, abscesso, fístula êntero-cutânea ou êntero-entérica, foi contra-indicado a plastia. Nestes casos, realizou-se ressecção intestinal e anastomose.

2.1.13 - Plastias Realizadas

Foram realizadas 116 plastias, sendo 94 (81%) à maneira de Heineke-Mikulicz, 15 (13%) do tipo Finney e sete (6%) ileocoloplastias látero-laterais (Tabela 2.3).

Três doentes foram submetidos a plastias em dois procedimentos cirúrgicos distintos e dois, em três cirurgias (Tabela 2.3).

A média de plastia por doente foi de 4,1, variando de uma a 13 em cada cirurgia. O doente com maior número de plastias totalizou 23, porém em três procedimentos cirúrgicos.

Tabela 2.3 - Distribuição da casuística conforme plastias realizadas.

DOENTE	HEINEKE-MIKULICZ	FINNEY	ILEOCOLOPLASTIA	TOTAL
1	2	0	0	2
2	4	0	0	4
3	2	0	0	2
4	1	0	0	1
5	15 (10 e 5)	2 (2 e 0)	0	17
6	5	0	0	5
7	1	0	1	2
8	5	0	0	5
9	3	0	0	3
10	2	1	0	3
11	0	0	1	1
12	1 (0 e 0 e 1)	1 (0 e 1 e 0)	1 (1 e 0 e 0)	3
13	0	0	1	1
14	19 (11 e 4 e 4)	4 (2 e 2 e 0)	0	23
15	7	2	0	9
16	4 (2 e 2)	0	0	4
17	0	0	1	1
18	1	1	0	2
19	6 (5 e 1)	1 (0 e 1)	0	7
20	2	1	0	3
21	4	2	0	6
22	3	0	0	3
23	1	0	0	1
24	1	0	0	1
25	2	0	1	3
26	1	0	0	1
27	2	0	0	2
28	0	0	1	1
TOTAL	94	15	7	116

OBS: Os algarismos entre parênteses correspondem ao número de plastias em cada cirurgia.

2.1.14 - Localização Das Plastias

Dez doentes (35,7%) tiveram plastias realizadas no jejuno e íleo; nove (32,2%), no íleo (Tabela 2.4).

A seguir vieram jejuno, segmento ileocecal e anastomose ileocólica, com dois cada (7,1%) e, com um (3,6%), associação de jejuno, íleo e ileocecal, além de íleo e segmento ileocecal e também, íleo e anastomose ileocólica (Tabela 2.4).

Tabela 2.4 - Distribuição da casuística conforme localização da plastia.

LOCALIZAÇÃO DA PLASTIA	NÚMERO DE DOENTES (%)
Jejuno + íleo	10 (35,7)
Íleo	9 (32,2)
Jejuno	2 (7,1)
Ileocecal	2 (7,1)
Anastomose ileocólica	2 (7,1)
Jejuno + íleo + ileocecal	1 (3,6)
Íleo + ileocecal	1 (3,6)
Íleo + anastomose ileocólica	1 (3,6)
TOTAL	28 (100)

2.1.15 - Cirurgias Associadas

Dezoito doentes (64,3%) realizaram ressecções intestinais concomitantes à plastia. Em 15 destes (53,6%), foram realizadas enterectomias, em dois (7,1%), ileotiflectomias, e em um outro, enterectomia associada à ileotiflectomia (3,6%), (Tabela 2.5).

Tabela 2.5 - Distribuição da casuística conforme ressecções intestinais associadas.

TIPOS DE RESSECÇÃO	NÚMERO DE DOENTES (%)
Enterectomia	15 (53,6%)
Ileotiflectomia	2 (7,1%)
Enterectomia + ileotiflectomia	1 (3,6%)
TOTAL	18 (64,3%)

2.1.16 - Total De Cirurgias De Plastia Ou Ressecção

Dez doentes (35,7%) foram operados apenas uma vez para realização de plastia ou ressecção intestinal. Onze (39,3%), necessitaram de duas cirurgias; dois (7,1%), de três; quatro (14,3%), de quatro; e um doente (3,6%), foi operado cinco vezes (Tabela 2.6).

Tabela 2.6 - Distribuição da casuística conforme total de cirurgias (plastia ou ressecção).

NÚMERO DE CIRURGIAS	NUMERO DE DOENTES (%)
1	10 (35,7)
2	11 (39,3)
3	2 (7,1)
4	4 (14,3)
5	1 (3,6)
TOTAL	28 (100)

2.2 - Métodos

Foram realizados três diferentes tipos de plastias: Heineke-Mikulicz, Finney e ileocoloplastia látero-lateral, como propostos por Poggioli et al. (1997) e Taschieri et al. (1997). As plastias à Heineke-Mikulicz foram utilizadas para estenoses curtas, de até oito centímetros de extensão, enquanto as do tipo Finney, para estenoses entre oito e 15 centímetros. Outra indicação para este último, foi a presença de duas estenoses próximas entre si. As ileocoloplastias foram realizadas nas estenoses longas da região ileocecal ou nas recidivas da anastomose ileocólica.

2.2.1 - Preparo Intestinal

O preparo intestinal foi realizado pela ingestão de 2000 mililitros de solução de polietilenoglicol a 5%.

Antibioticoterapia empregada foi associação de cefalotina ou cefazolina com metronidazol e mais recentemente, a substituição da cefalosporina por ciprofloxacina.

2.2.2 - Anestesia

Foi empregada a associação de anestesia inalatória geral com bloqueio peridural contínuo em todos os doentes, permanecendo o cateter peridural por 48-72 horas.

2.2.3 - Técnica Operatória

Em quatro doentes, a cirurgia foi iniciada por vídeo-laparoscopia, procedendo-se assim, ao inventário da cavidade. As alças intestinais foram percorridas com pinças de apreensão, e quando necessária, foi feita a mobilização da região ileocecal por esta técnica. Após, foi realizada laparotomia mediana, de cerca de seis centímetros de extensão, exteriorizando-se a alça com estenose e confeccionando-se a plastia.

Nos demais pacientes, realizou-se laparotomia mediana ampla e as estenoses foram identificadas pela combinação de inspeção visual e palpação da alça. Quando houvesse dúvida do calibre da estenose, utilizou-se um cateter de Foley, introduzido por enterotomia, sendo o mesmo tracionado, após insuflação do balão com solução salina até o diâmetro de 20 milímetros.

Na plastia à Heineke-Mikulicz, a alça intestinal com área de estenose foi aberta longitudinalmente, na borda antimesenterial, utilizando-se eletrocautério, até dois centímetros de intestino normal. A seguir, suturava-se no sentido transversal, utilizando-se sutura em plano único, com pontos separados de fio de poliglactina 3-0 (Figuras 2.1 e 2.2).

Na técnica de Finney, após abertura da alça de modo semelhante, o segmento intestinal era dobrado sobre si mesmo, em forma de U invertido. Então, as superfícies opostas foram suturadas juntas, inicialmente a parede posterior, com pontos separados, utilizando-se fio de poliglactina 3-0, e terminada esta, a sutura da parede anterior da mesma forma (Figuras 2.3 e 2.4). Em dois casos, a sutura foi realizada com uso de grampeador linear.

Na ileocoloplastia látero-lateral, após mobilização do íleo terminal, ceco e ascendente, o primeiro foi aberto com eletrocautério, na sua borda antimesenterial, sendo o limite proximal dois centímetros além da estenose. A válvula ileocecal foi seccionada e a abertura continuada no cólon direito, na tência anterior, até igualar-se à abertura do íleo, confeccionando-se, então, anastomose látero-lateral (Figuras 2.5 e 2.6).

Nas recidivas em anastomose ileocólica, o local da estenose era aberto amplamente, realizando-se anastomose látero-lateral entre os dois segmentos.

Após, completadas as plastias, as alças intestinais foram recolocadas na cavidade. Utilizou-se dreno laminar em todos os casos.

O fechamento da parede abdominal foi realizado por planos: fechamento do peritônio utilizando-se sutura contínua com fio de poliglactina 0 e da aponeurose, também por sutura contínua, com fio de polipropileno 0. A pele foi fechada, com pontos separados, de fio de nylon 4-0.

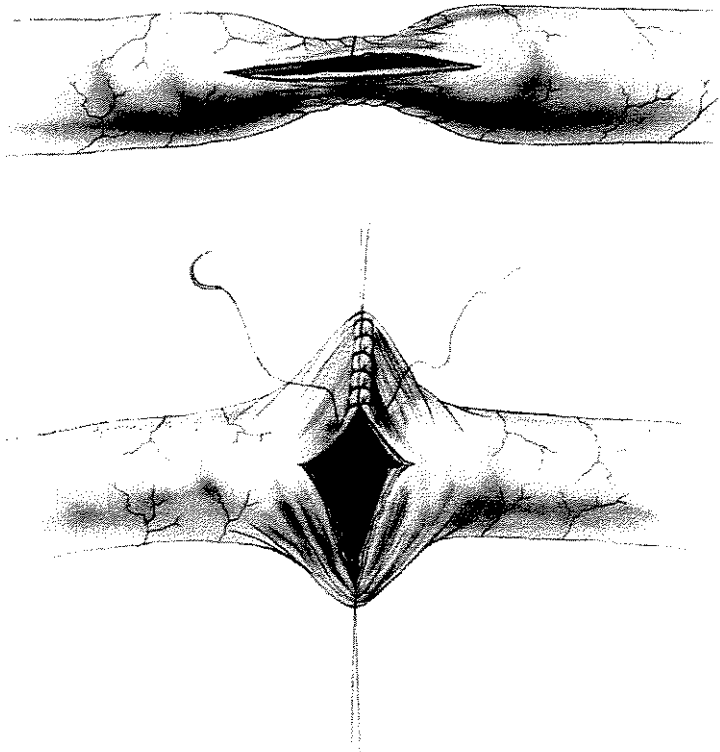
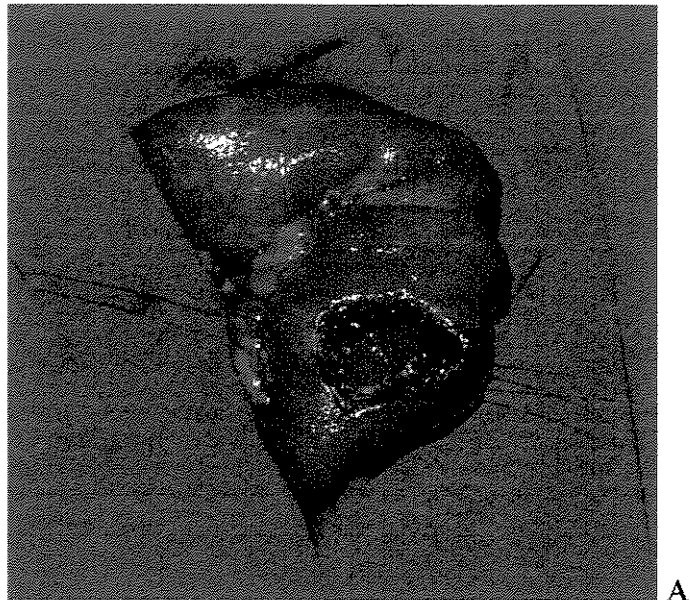


Figura 2.1 - Esquema da técnica de Heineke-Mikulicz.



A



B

Figura 2.2 - Técnica de Heineke-Mikulicz (A: início, B: final).

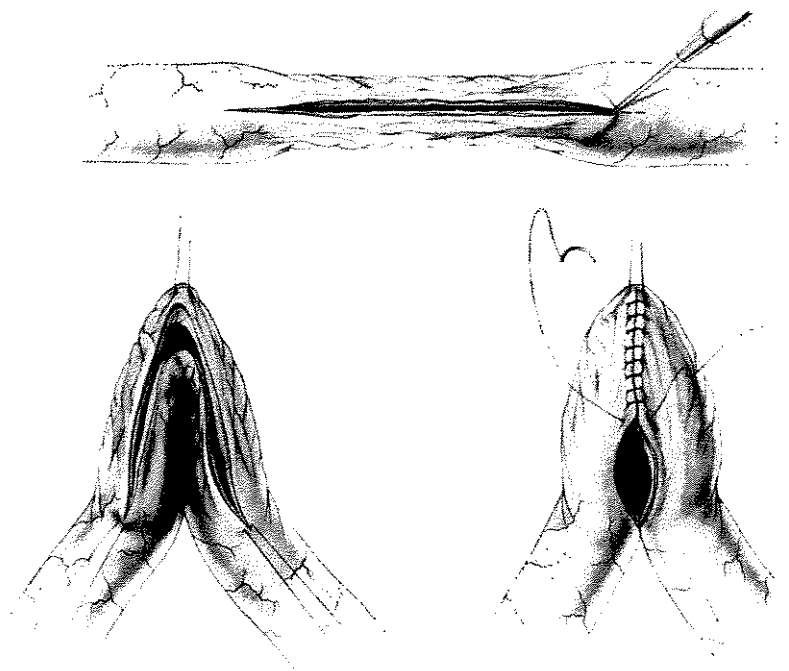


Figura 2.3 - Esquema da técnica de Finney.

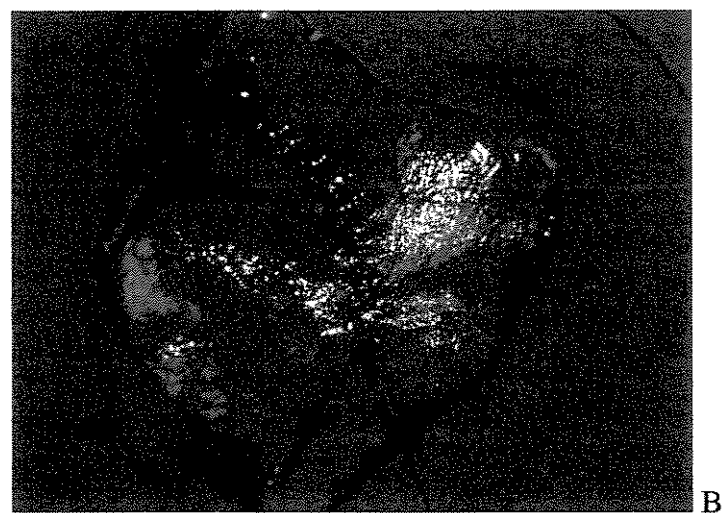
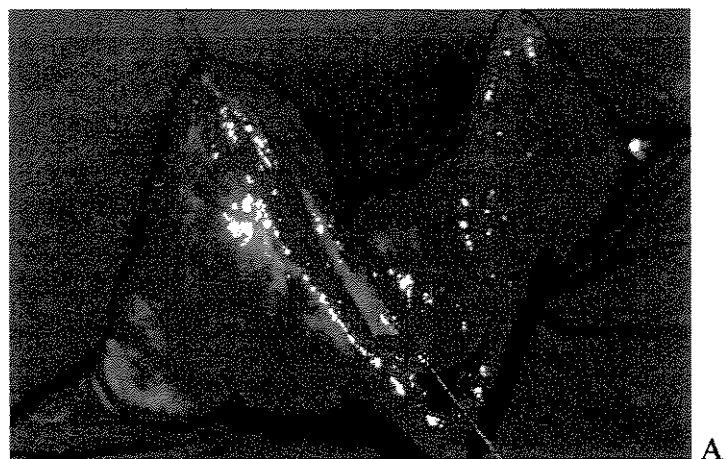


Figura 2.4 - Técnica de Finney (A: início, B: final).

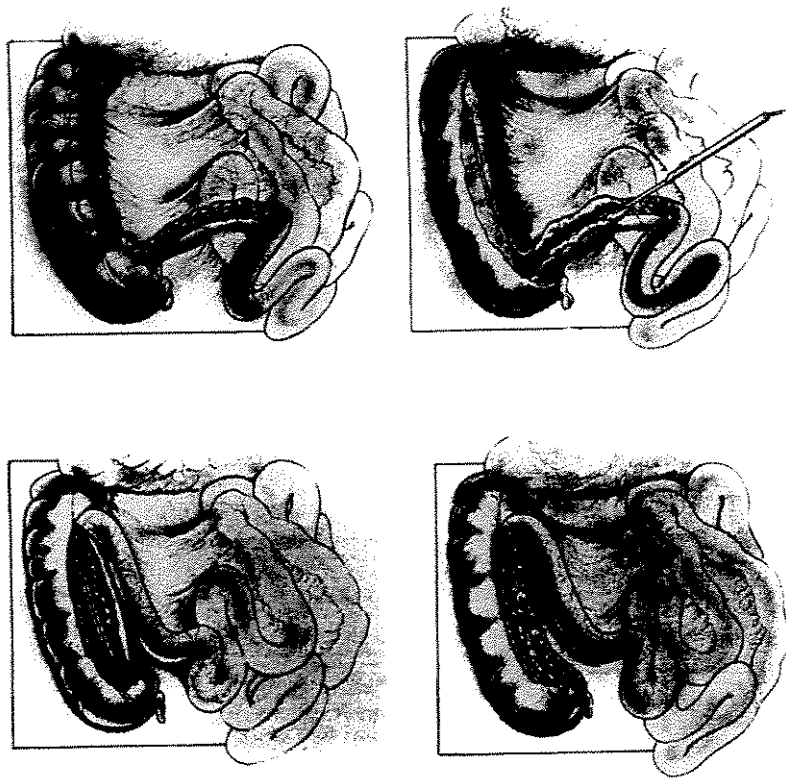
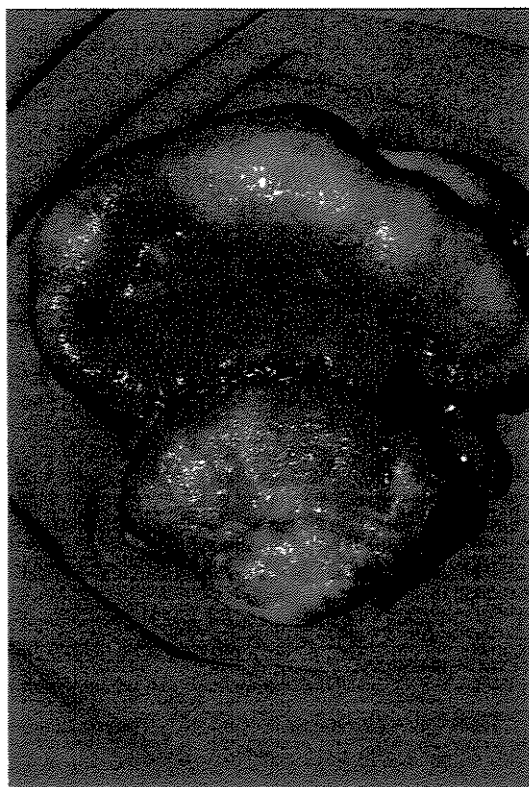


Figura 2.5 - Esquema da ileocoloplastia látero-lateral.



A



B

Figura 2.6 - Técnica de ileocoloplastia látero-lateral (A: início e B: final).

2.3 - Análise Dos Resultados

2.3.1 - Variáveis De Interesse

A presente casuística foi analisada a partir de dados coletados, considerando as seguintes variáveis de interesse:

- Complicações gerais
- Complicações locais precoces
- Complicações locais tardias
- Tempo de internação
- Tempo de seguimento
- Recidiva dos sintomas
- Reoperações
- Recidivas nas plastias
- Sintomas atuais e medicações em uso
- Índice de atividade da doença de Crohn, na época da plastia, após seis meses e com dois anos de pós-operatório (Índice de Harvey- Bradshaw).

2.3.2 - Análises Realizadas

Tratando-se de série histórica de análise retrospectiva, sem critérios definidos desde seu início, a proposta foi estabelecer comparações com trabalhos da literatura, com metodologia semelhante.

As complicações locais foram definidas como precoces quando ocorreram nos primeiros 30 dias de pós-operatório e tardias, as que ocorreram posteriormente.

3 - RESULTADOS

3.1 - Complicações

As complicações pós-operatórias foram divididas em gerais e locais, podendo as últimas, serem precoces ou tardias. Complicações precoces foram consideradas aquelas que ocorreram até o 30º dia de pós-operatório, e as demais, complicações tardias.

No total, foram observadas 14 complicações em sete dos 28 doentes (25%) sendo duas de ordem geral e 12 locais (Tabela 3.1).

Não ocorreram complicações intra-operatórias. Óbito foi observado em um doente.

Tabela 3.1 - Complicações verificadas em sete doentes.

COMPLICAÇÕES GERAIS (%)	COMPLICAÇÕES LOCAIS PRECOCES (%)	COMPLICAÇÕES LOCAIS TARDIAS (%)	TOTAL (%)
Pneumonia 2 (14,3)	Deiscência de plastia -3 (21,5)	Fístula entero-cutânea 2 (14,3)	
	Infecção da ferida operatória 2 (14,3)	Hérnia incisional 2 (14,3)	
	Deiscência de anastomose 1 (7,1)		
	Lesão inadvertida de delgado 1 (7,1)		
	Hemorragia 1 (7,1)		
2 (14,3)	8 (57,1)	4 (28,6)	14 (100)

Obs: as percentagens entre parênteses referem-se ao total de complicações

3.1.1 - Complicações Gerais

Ocorreram duas complicações de ordem geral (14,3%), (Tabela 3.1). Dois doentes (7,1%), tiveram diagnóstico de pneumonia; o primeiro cursou com empiema, necessitando de drenagem cirúrgica e o outro, associado a outras complicações, evoluiu para óbito.

3.1.2 - Complicações Locais Precoces

Em relação às complicações locais precoces, foram observadas em número de oito (57,1% do total de complicações), em sete doentes (25%), (Tabela 3.1).

Ocorreram três deiscências de plastias em três doentes (10,7%). Analisando-se por plastia realizada, este índice seria de 2,6%, isto é, três deiscências em 116 plastias. Dois deles necessitaram de nova laparotomia, ambos no oitavo dia de pós-operatório, com achado de deiscência em uma plastia à Heineke-Mikulicz e em outro, na ileocoloplastia. Foram realizadas suturas das lesões e ileostomias à montante, com boa evolução. O terceiro doente foi tratado clinicamente com jejum e nutrição parenteral, com resolução da fistula em 15 dias.

Em dois doentes, a peritonite não foi secundária à deiscência de plastia. Um deles foi reoperado no terceiro dia de pós-operatório com achado de pequena deiscência na anastomose ileocólica após ileotiflectomia e observado que as plastias estavam íntegras. Também foram realizadas sutura primária e ileostomia de proteção. Um outro doente foi reoperado no quarto dia de pós-operatório por lesão inadvertida de alça de delgado, tendo sido realizada sutura primária, com evolução satisfatória.

Foram observadas duas infecções da ferida operatória (14,3 %), (Tabela 3.1), em dois doentes (7,1%). Um deles fazia uso de corticóide e azatioprina, e outro era um doente com obesidade mórbida.

Um doente (3,6%), apresentou hemorragia digestiva (7,1% das complicações), (Tabela 3.1), no sétimo dia de pós-operatório. Este doente tinha sido submetido a uma enterectomia de jejuno e duas plastias intestinais, uma à Heineke-Mikulicz e outra ileocoloplastia látero-lateral. Inicialmente, realizada endoscopia digestiva alta cujo resultado foi normal. Devido à persistência do sangramento, foi levado a laparotomia de urgência. Realizada abertura da ileocoloplastia e realizada enteroscopia através desta, não sendo achado sangramento ativo ou identificado local de sangramento prévio. Optado por fechamento da plastia e ileostomia em alça à montante. No segundo dia de pós-operatório, novo sangramento abundante, exteriorizado através da ileostomia. Levado à nova cirurgia,

sendo abertas todas as linhas de suturas proximais a ileostomia. Achada artéria com sangramento na anastomose jejunojejunal, local de enterectomia prévia. Realizada sutura, com cessação do sangramento. O doente apresentou pneumonia aspirativa, evoluindo com quadro séptico e óbito no 30º dia de pós-operatório da primeira cirurgia.

3.1.3 - Complicações Locais Tardias

Foram observadas quatro complicações tardias (28,6%), (Tabela 3.1), em dois doentes (7,1%). Ambos apresentaram associação de hérnia incisional com fistula êntero-cutânea. Um deles foi reoperado para fechamento da fistula e no outro, houve resolução da mesma após uso de infliximabe.

3.2 - Tempo De Internação

O tempo médio de internação foi de 12,4 dias, variando de sete a 30 dias

3.3 - Seguimento

O seguimento foi realizado em 27 doentes. Um deles evoluiu para óbito no pós-operatório imediato da plastia em decorrência de complicações pulmonares após várias laparotomias por sangramento intestinal.

3.3.1 - Tempo De Seguimento

O tempo médio de seguimento após a plastia intestinal foi de 57,6 meses, variando de 12 a 164 meses.

3.3.2 - Recidiva Dos Sintomas

Dezessete doentes (63%) apresentaram recidiva das cólicas abdominais, após três a 48 meses das cirurgias. Dois doentes (7,4%), evoluíram com fistulas êntero-cutâneas, após dois e 19 meses das plastias (Tabela 3.2).

3.3.3 - Reoperações

No primeiro doente, houve fechamento da fistula com uso de infliximabe. No outro, foi realizada cirurgia para ressecção da fistula, uma vez que o doente apresentava também hérnia incisional e cólicas abdominais, decorrentes da recidiva da doença

Dos 17 doentes com dor abdominal, 11 foram submetidos a novas cirurgias, sendo que dois doentes foram reoperados duas vezes e um, três vezes (Tabela 3.2).

Em cinco doentes foram realizadas novas enterectomias, respectivamente após 28, 32, 34, 44, e 60 meses. O primeiro, realizou posteriormente, mais duas ressecções intestinais, após 37 e 94 meses da primeira cirurgia. Um doente foi submetido à nova enterectomia e ressecção de estenose da anastomose ileocólica. Acabou por evoluir para óbito no 45º dia de pós-operatório, por sepse fúngica. Na laparotomia, não se evidenciaram coleções intraperitoneais. Três doentes realizaram enterectomias associadas a outras plastias, 20, 22 e 94 meses após, e outros dois, duas cirurgias adicionais de plastias intestinais, um após 15 e 54 meses e outro, após 20 e 45 meses (Tabela 3.2).

Dos doentes que necessitaram de ileostomia devido à deiscência de plastia ou da anastomose ileocólica, dois tiveram fechados seus estomas, após três e 10 meses. O terceiro doente aguarda a reconstrução do trânsito intestinal.

Um dos doentes foi operado duas vezes de fistula perianal, um submetido à drenagem de abscesso perianal com fistulotomia e um outro, à dilatação de estenose anal.

Tabela 3.2 - Seguimento após plastia.

DOENTE	TEMPO DE RECIDIVA (MESES)	TEMPO DE CIRURGIA (MESES)	CIRURGIAS REALIZADAS
1	48	60	Enterectomia
2	38	44	Enterectomia
3	36	-	-
4*	7	28 / 37 / 94	Enterectomias (3)
5	6	94	Plastia + enterectomia
6	4	-	-
8	-	-	-
9	-	-	-
10	36	44	Enterectomia
11	4	-	-
12**	8	15/54	Plastias (2)
13	-	-	-
14**	7	20/45	Plastias (2)
15	26	34	Enterectomia
16	19	22	Plastia + enterectomia
17	-	-	-
18	-	-	-
19	8	20	Plastia + enterectomia
20	20	-	-
21	14	-	-
22	25	32	Enterectomia
23	-	-	-
24	23	-	-
25	-	-	-
26	-	-	-
27	2	-	-
28	3	-	-

* Reoperado três vezes.

** Reoperado duas vezes.

3.3.4 - Recidiva Nas Plastias

Foram observadas quatro recidivas (3,5%) em local de plastia prévia, em três doentes (11,1%), (Tabela 3.3).

Das quatro recidivas, três (20%), foram na plastia do tipo Finney, enquanto no tipo Heineke-Mikulicz, foi observado uma recidiva (1,1%). Não se observou recidiva nas ileocoloplastias látero-laterais (Tabela 3.3).

Tabela 3.3 - Recidiva nas plastias.

	NÚMERO DE DOENTES (%)	NÚMERO DE PLASTIAS (%)	TIPOS DE PLASTIA (%)
RECIDIVA	3 (11,1) *	4 (3,5) **	<ul style="list-style-type: none">• Heineke-Mikulicz 1 (1,1)• Finney 3 (20)• Ileocoloplastia 0 (0)

* 3/27, ** 4/114

3.3.5 - Sintomas Atuais E Medicções Em Uso

Atualmente, 17 doentes (65,4%) estão assintomáticos ou oligossintomáticos, seis com uso de mesalazina, sete com azatioprina, dois com associação de ambas e dois, sem medicação (Tabela 3.4).

Dois deles estão muito sintomáticos, com cólicas abdominais diárias, um destes também com queixa de dor e secreção anal. Este doente fazia uso de azatioprina, mas abandonou o tratamento há cerca de um ano. O segundo, usa azatioprina e aguarda nova cirurgia (Tabela 3.4).

Cinco doentes queixam-se de diarreia, com cinco a sete evacuações diárias, três usando mesalazina, um azatioprina e outro, associação de ambas. Um destes doentes, que faz uso de mesalazina, também apresenta pequena fistula retovaginal. (Tabela 3.4).

O doente que ainda permanece com a ileostomia, tem pequeno orifício de fístula peri-estoma, e está utilizando azatioprina. Um outro doente mantém quadro de anemia, estando em uso de mesalazina. Cinco doentes receberam infliximabe.

Tabela 3.4 - Sintomas atuais e medicações.

	MESALAZINA	AZATIOPRINA	MESALAZINA + AZATIOPRINA	SEM MEDICAÇÃO	TOTAL
/ASSINTOMÁTICOS	6	7	2	2	17 (65,4%)
SINTOMÁTICOS					
• Cólicas		1		1	
• Diarréia	3 *	1	1		
• Anemia	1				
• Fístula peri-ileostomia			1		
• Fístula retovaginal	1*				
TOTAL	10 (38,5%)	9 (34,6%)	4 (15,4%)	3 (11,5%)	26 (100%)

* um doente em comum.

3.3.6 - Índice De Atividade Da Doença De Crohn: Harvey-Bradshaw

O índice de atividade da doença de Crohn de Harvey-Bradshaw (HARVEY e BRADSHAW, 1980), inclui cinco parâmetros clínicos: sensação de bem estar, presença de dor abdominal, tumor abdominal palpável, número de evacuações líquidas nas 24 horas e presença de complicações (artralgias, uveíte, eritema nodoso, úlcera aftóide, pioderma gangrenoso, fissura anal, fistula e abscesso).

Esses índices foram calculados no pré-operatório, após seis meses da cirurgia e com dois anos de pós-operatório. Na época da cirurgia, a média de pontos, foi de 9,8. Após seis meses, este índice caiu para 0,8, mantendo-se em 1,6 com dois anos de pós-operatório.

Tabela 3.5 - Índice de atividade da Doença de Crohn: HARVEY – BRADSHAW.

DOENTE	ANTES DA CIRURGIA	SEIS MESES PÓS- OPERATÓRIO	DOIS ANOS PÓS-OPERATÓRIO
1	8	0	0
2	15	0	0
3	6	0	0
4	16	2	4
5	8	1	0
6	12	1	9
7	ÓBITO		
8	8	0	0
9	6	0	0
10	15	0	1
11	9	4	4
12	11	0	6
13	10	0	0
14	18	6	6
15	14	0	0
16	9	0	0
17	7	0	0
18	7	0	0
19	8	0	0
20	6	0	3
21	14	5	4
22	6	0	0
23	5	0	0
24	5	0	3
25	7	0	0
26	7	0	-
27	12	1	-
28	17	3	-
MÉDIA	9,8	0,8	1,6

4 - DISCUSSÃO

4.1 - Generalidades

As alternativas cirúrgicas para o tratamento da doença de Crohn obstrutiva do intestino delgado, alteraram-se radicalmente com a introdução das plastias, no início da década de 1980.

Foram inicialmente relatadas por Katariya et al. (1977) para tratamento da estenose secundária à tuberculose intestinal.

No tratamento da estenose por doença de Crohn, foram difundidas por LEE e PAPAIOANNOU (1982) e ALEXANDER-WILLIAMS (1984). Desde o relato inicial, trabalhos têm emergido, como alternativa à ressecção intestinal, principalmente em doentes com múltiplos segmentos envolvidos ou com ressecções intestinais prévias.

As plastias à Heineke-Mikulicz e Finney são as duas mais comumente utilizadas. A primeira, Heineke-Mikulicz, é utilizada para estenoses curtas até de oito centímetros e Finney para estenoses um pouco mais longas, entre oito e 15 centímetros. São análogas às técnicas de piloroplastias. Uma enterotomia longitudinal é realizada, estendendo-se até dois centímetros no intestino normal. Então, ela é fechada no sentido transversal, com uma ou duas camadas de fio de sutura absorvível (LEE e PAPAIOANNOU, 1982; SPENCER et al., 1994). No Finney, após enterotomia, a alça é dobrada sobre si mesma, em forma de U invertido, e as bordas opostas são suturadas juntas.

Outras técnicas de plastias menos comuns também podem ser utilizadas. A técnica proposta por Jaboulay é uma plastia látero-lateral e pode ser usada para estenoses de tamanho intermediário.

A combinação de Heineke-Mikulicz e Finney pode ser utilizada para estenoses menores que 20 centímetros. FAZIO e TJANDRA descreveram esta técnica em 1993.

As plastias de Judd e Moskel-Walske-Neumayer são ambas modificações da técnica de Heineke-Mikulicz. Se o doente tem um segmento curto de estenose, com fistula, a técnica de Judd pode ser utilizada. O local da fistula é ressecado com uma incisão elíptica

enquanto se realiza uma enterotomia longitudinal (GAETINI et al., 1989). Se o doente tem excessiva dilatação do delgado proximal, a técnica de Moskel-Walske-Neumayer pode ser útil. Uma incisão em forma de Y é feita na borda antimesenterial (GAETINI et al., 1989). Em ambas as técnicas, o intestino é fechado no sentido transversal, similar à plastia de Heineke-Mikulicz.

Plastia isoperistáltica látero-lateral, como proposta por MICHELASSI (1996), tem sido utilizada para segmentos longos de estenose, geralmente maiores que 20 centímetros. O intestino acometido e seu mesentério são divididos na suas porções médias, e uma anastomose látero-lateral, isoperistáltica é confeccionada, utilizando-se sutura em dois planos, com fio absorvível. Esta técnica é útil quando as técnicas de Finney ou Jaboulay não são praticáveis devido a friabilidade da parede intestinal, impedindo-a de dobrar-se sobre si mesma. Além disso, em segmentos longos, após Finney ou Jaboulay, cria-se um divertículo largo que pode causar supercrescimento bacteriano e síndrome da alça cega (TICHANSKY et al., 2000). Em tais casos, a plástica látero-lateral, pode minimizar potencial estase.

Atualmente é consenso, que a ressecção alargada não evita a recidiva da doença e assim, cada vez mais, procedimentos mais conservadores têm sido adotados no tratamento cirúrgico da doença de Crohn, como as plastias e as ressecções mínimas.

Críticas a esta tática inclui preocupação com a não ressecção e o risco de alterações neoplásicas e de complicações tais como as deiscências anastomóticas e formação de abscessos. Doentes com doença de Crohn, têm um risco aumentado para malignidades gastrintestinais, com o risco de carcinoma estimado em 6-32% (SPENCER et al., 1994). Entretanto, apesar destas considerações, não se justifica ressecar toda a área inflamada, porque a doença freqüentemente regride no pós-operatório e o risco de transformação maligna é limitado ao segmento macroscopicamente pior.

A diminuição do processo inflamatório no local da plastia, pode ser verificada em laparotomias subseqüentes por recidiva, ou por outros motivos. É possível observar isto também, durante exame endoscópico.

MARCHETE et al. (1996) e JASKOWIAK e MICHELASSI (2001), relataram dois casos de adenocarcinoma em locais de plastias, sete anos após as cirurgias. Mais recentemente, PATRIDGE e HODIN (2004), observaram durante a cirurgia, que em uma das estenoses, a mucosa estava levemente ulcerada sendo realizada biópsia de congelação que evidenciou displasia, mas não podendo afastar processo neoplásico. Em vista disso, optaram por realizar ressecção alargada e anastomose, com o anátomopatológico revelando adenocarcinoma invasivo.

Trabalhos na literatura também não têm demonstrado diferença estatisticamente significativa em termos de complicações e reoperações quando se compara plastia à ressecção intestinal (SAYFAN et al., 1989; SHARIF e ALEXANDER-WILLIAMS, 1992; TJANDRA e FAZIO, 1994).

Há algumas situações onde a plastia deve ser considerada como opção: doença difusa com estenose sintomática, ressecção intestinal prévia maior que 100 centímetros, recorrência após seis a 12 meses da cirurgia, presença de síndrome do intestino curto ou evidência radiológica de extenso envolvimento do delgado (FAZIO, 1990).

4.2 - Complicações

Em geral, as plastias são acompanhadas de morbidade aceitável e mortalidade praticamente nula. Na literatura pesquisada, não há nenhuma referência de óbito em cirurgias de plastia intestinal, ao contrário da presente casuística em que foi verificado óbito em um doente (3,6%). Neste caso, o óbito não foi consequência direta deste procedimento. O doente foi reoperado duas vezes por sangramento intestinal e na segunda reexploração foi localizado sangramento arterial da anastomose êntero-entérica e não na plastia. Apresentou pneumonia aspirativa e óbito por sepse.

Nesta casuística, 25% dos doentes apresentaram complicações, sendo duas de ordem geral e 12, locais. Não ocorreram complicações no intra-operatório.

Nos trabalhos da literatura, a taxa global de morbidade tem permanecido estável, entre 13 e 20% nas maiores séries (FAZIO et al., 1993; TICHANSKY et al., 2000; DIETZ et al., 2001 e 2002). Por outro lado, em casuísticas menores (FAZIO e GALANDIUK, 1985; GAETINI et al., 1989; DI ABRIOLA et al., 2003) não se observou morbidade ou mortalidade, enquanto outros como SILVERMAN et al. (1989), apresentaram taxa de morbidade de 21,4%. As complicações sépticas das plastias são comparáveis às das cirurgias de ressecção (ALEXANDER-WILLIAMS e HAYNES, 1987; HULTÉN, 1988).

Na presente série, não se empregou a técnica em casos de urgência, e o que se tem na literatura, é o estudo de HURST e MICHELASSI (1998) que observaram taxas de complicações maiores nas cirurgias de urgência do que nas eletivas, respectivamente de, 45% e 4%.

FAZIO et al. (1993), analisando o papel da nutrição, da presença de perfuração ou flegmão, uso de esteróides, ressecção intestinal associada, ressecção prévia, número e extensão das plastias, não encontraram nenhuma relação com a ocorrência de complicações, exceto os níveis de albumina. O mesmo resultado, em relação ao estado nutricional, foi verificado por OZUNER et al. (1996), porém, sem esta diferença ser estatisticamente significativa.

DIETZ et al. (2001) observaram que a idade avançada e a perda de peso no pré-operatório, foram associadas com aumento e complicações, mas sem diferença estatística também.

4.2.1 - Complicações Gerais

Dois doentes (7,1%) apresentaram infecções pulmonares, sendo um deles o que evoluiu para óbito. No outro, a pneumonia cursou com empiema, necessitando de drenagem cirúrgica, tendo evoluído bem.

Muitos trabalhos não mencionam as complicações não relacionadas diretamente às plastias. Talvez, o número de complicações gerais seja mesmo pequeno, uma vez que a maioria dos portadores de doença de Crohn é jovem, com boa função cardíaca, pulmonar e renal.

Há relatos de trombose venosa profunda (SERRA et al., 1995); tromboembolismo pulmonar (ALEXANDER-WILLIAMS, 1994); associação de ambos (OZUNER et al., 1996); tromboembolismo pulmonar, infecção do trato urinário e pneumonia (YAMAMOTO et al., 1999) e infecção urinária associada à infecção de cateter central (TONELLI et al., 2004).

4.2.2 - Complicações Locais Precoces

As complicações locais do tipo precoce, verificadas em número de oito, em sete doentes (25%), corresponderam a 57,1% do total de complicações.

É difícil avaliar o número de complicações precoces na literatura isoladamente, uma vez que muitos autores não separam deiscência, abscesso e fistula êntero-cutânea. Na realidade, o abscesso e a fistula êntero-cutânea no pós-operatório imediato são decorrentes da deiscência de suturas, na maior parte dos casos. Dessa forma, o número de deiscências pode estar subestimado.

Outro inconveniente é que na maior parte dos trabalhos, inclusive na presente casuística, há associação de ressecção intestinal com plastia de estenose. Assim, fica praticamente impossível afirmar se a deiscência é da plastia ou de uma anastomose, se o doente não for reoperado.

4.2.2.1 - Deiscência De Plastia, Abscesso E Fístula Êntero-cutânea

Na presente série, quatro doentes (14,3%) foram reoperados por complicações sépticas abdominais. Em dois deles, a peritonite não foi secundária à deiscência da plastia, mas de uma lesão inadvertida em alça do delgado e outro, de uma deiscência de anastomose

ileocólica. Nos outros dois, as deiscências verificadas ocorreram nas plastias. Nestes casos, e também no doente com deiscência da anastomose ileocólica, as lesões foram suturadas e realizadas ileostomias à montante, procedimento este adotado também por outros autores (HURST e MICHELASSI, 1998; YAMAMOTO et al., 1999; LAURENT et al., 2002).

Um outro doente apresentou deiscência de plastia, com conteúdo entérico exteriorizado pelo dreno abdominal, no quinto dia de pós-operatório. Como era uma fistula dirigida, foi optado por tratamento conservador por jejum e nutrição parenteral, com resolução da mesma em 15 dias. Como este doente não fez ressecção intestinal concomitante, a deiscência, provavelmente, foi da plastia.

Nesta casuística, deiscência de plastia intestinal ocorreu em 10,7% dos doentes (3/28). Analisando-se pelo total de plastias realizadas, este índice foi de 2,6% (3/116), o que pode ser considerado baixo.

Em algumas casuísticas, as taxas de complicações foram menores, porém em muitos destes, o número de plastias por doente foi pequeno ou não se fez plastia na presença de doença ativa, o que pode aumentar o índice de complicações, como verificado por KENDAL et al. (1986). Estes autores verificaram três abscessos e fistulas êntero-cutâneas em 45 plastias, sendo uma de plastia (11,1%) e duas de anastomoses (22,2%).

Nas grandes casuísticas, FAZIO et al.(1996), referiram 4,3% de deiscências de plastias, 17% de abscessos e 0,9% de deiscências de anastomoses ileocólicas. OZUNER et al. (1996), relataram 1,8% de abscessos e igual valor de fistulas êntero-cutâneas. YAMAMOTO et al.(1999), tiveram 7,2% de abscessos ou fistulas. DIETZ et al. (2002) referiram 3,2% de fistulas êntero-cutâneas, 0,8% de deiscências e 0,8% de abscessos.

TICHANSKY et al. (2000), em uma meta-análise reunindo 15 trabalhos, apresentaram 23% de fistulas êntero-cutâneas, 10,8% de abscessos, 5,4% de sépsis abdominal e 2,7% de deiscências de plastias.

4.2.2.2 - Sangramento

Sangramento em local de plastia intestinal é relativamente freqüente, uma vez que as suturas, muitas vezes, são feitas em locais de doença ativa. Entretanto, na maior parte das vezes, ele é autolimitado.

Na presente casuística, esta complicação ocorreu em um doente (3,6%). Ele tinha uma anastomose no jejuno e duas plastias, uma à Heineke-Mikulicz no íleo e uma, ileocoloplastia látero-lateral por recidiva em anastomose ileocólica. Inicialmente, realizou-se endoscopia digestiva alta com resultado normal. Então, foi indicada laparotomia, tendo sido aberta a plastia mais extensa e como não foi visto sangramento no local, optou-se pela realização de enteroscopia. O sangramento tinha cessado e não se localizou sua origem, optando-se por fechar todas as enterotomias, realizando-se ileostomia em alça, à montante. No segundo dia de pós-operatório, verificou-se novo sangramento abundante pela ileostomia, sendo levado à nova cirurgia, onde foram abertas todas as linhas de suturas proximais ao estoma. Encontrado sangramento ativo na anastomose jejunojejunal, que foi suturado. Assim, o sangramento não era proveniente da plastia, mas de uma anastomose êntero-entérica. O doente apresentou pneumonia aspirativa e evolução para sépsis, com óbito no 30º dia de pós-operatório.

Para se tentar localizar o sítio do sangramento, pode-se recorrer à arteriografia. Este recurso é importante, uma vez que, na maioria das vezes, o sangramento é de menor intensidade, e a mesma pode também ser terapêutica, com a injeção de substâncias vasoconstrictoras. Na literatura, há relatos deste procedimento na casuística de FAZIO et al. (1989, 1993) e DIETZ et al. (2001).

GARDINER et al. (1996) apresentaram caso semelhante ao desta série, mas que apresentou outro desfecho. Em sua casuística, ocorreram quatro sangramentos, correspondendo a 7,7% dos doentes. Em um deles, houve persistência da saída de sangue pela sonda nasogástrica, no pós-operatório imediato. O doente tinha sido submetido a cinco plastias do tipo Heineke-Mikulicz. Foi levado à nova laparotomia e no intra-operatório, a endoscopia digestiva alta visibilizou uma úlcera de Crohn na segunda porção do duodeno. Realizou-se duodenotomia, e o local do possível sangramento foi suturado. A plastia mais

proximal também foi aberta e não observado sangramento, sendo ressuturada. Após 24 horas, apresentou novo episódio de sangramento e foi novamente para cirurgia, sendo abertas as duas plastias mais proximais, localizando-se artéria com sangramento na primeira, sendo esta suturada. Apesar de todas essas intercorrências, o doente evoluiu bem.

STEBBING et al. (1995) também relatou no pós-operatório de plastia intestinal, um sangramento por Crohn duodenal e o doente foi reoperado. Não há mais detalhes a respeito deste caso.

Outros sangramentos relatados na literatura cessaram espontaneamente, sem a necessidade de se fazer um procedimento mais invasivo. Na maioria das casuísticas, esta complicação está presente, variando de 1% (POGGIOLI et al., 2002) a 10,8% (DIETZ et al., 2002).

TJANDRA e FAZIO (1993) e TONELLI et al. (2004), em suas casuísticas de plastias intestinais extensas, com 22 e 31 doentes, respectivamente, observaram apenas um sangramento cada.

4.2.2.3 - Infecção Da Ferida Operatória

Nesta casuística, foi verificada infecção da ferida operatória em dois doentes (7,1%), que é semelhante ao observado na literatura. Um destes doentes era portador de obesidade mórbida e o outro fazia uso de corticóide e azatioprina.

Muitos autores não fazem referência ou não apresentaram este tipo de complicação. A segunda alternativa, parece pouco provável, uma vez que esses doentes têm vários fatores que predispõem à infecção da ferida operatória. Muitos são desnutridos, fazem uso crônico de corticóides e drogas imunossupressoras, além de várias laparotomias prévias, em alguns deles.

De qualquer maneira não são morbidades que põe em risco a vida do doente. Entretanto, o obeso mórbido com infecção, necessitou de limpeza cirúrgica da ferida operatória para sua resolução, além de antibioticoterapia de largo espectro.

Alguns autores referiram índices de infecção baixos, de 1 a 2% (BABA e NAKAI, 1995; OZUNER et al., 1996; DIETZ et al., 2001, 2002). E outros, em torno de 10% (LEE e PAPAIOANNOU, 1982; TJANDRA e FAZIO, 1993; SERRA et al., 1995).

Outras complicações precoces, referidas por outros autores, como obstrução intestinal e íleo prolongado não estiveram presentes nesta casuística.

4.2.3 - Complicações Locais Tardias

Foram observadas quatro complicações tardias em dois doentes (7,1%). Ambos apresentaram associação de hérnia incisional e fistula êntero-cutânea.

4.2.3.1 - Hérnia Incisional

Hérnia incisional foi verificada em dois doentes (7,1%). Ela pode ocorrer após qualquer laparotomia, sendo mais freqüente em pessoas idosas, com fraqueza das estruturas aproximadas ou em doentes desnutridos, com cicatrização prejudicada. Uma outra causa pode ser falha técnica no fechamento.

Muitos dos doentes da casuística, na realidade, eram bastante desnutridos, mas a ocorrência de hérnia não foi elevada. Um dos doentes era portador de obesidade mórbida e apresentou infecção da ferida operatória. O outro tinha emagrecido bastante, e tinha sido submetido a duas cirurgias, sendo a reoperação por deiscência de anastomose ileocólica. Neste último, a hérnia foi corrigida em uma cirurgia subsequente, quando o doente foi reoperado por sintomas obstrutivos. O doente obeso ainda permanece com a hérnia.

Nos trabalhos da literatura, somente OZUNER et al. (1996), relataram duas hérnias incisionais em 162 doentes, sem mais detalhes sobre os casos.

4.2.3.2 - Fístula Êntero-cutânea

Ocorreram duas fístulas êntero-cutâneas tardias, nos doentes com hérnias incisionais. Em um deles, a fístula ocorreu após dois meses da cirurgia e resolveu-se após uso de infliximabe. Em outro doente, a fístula apareceu após 19 meses da plastia, sendo reoperado três meses após, por recidiva dos sintomas obstrutivos.

Na verdade, a fístula tardia pode não ser complicação da plastia intestinal, mas decorrente da própria evolução da doença. Foi provavelmente o que ocorreu no doente que foi reoperado. E quanto à outra fístula êntero-cutânea, esta poderia ser da anastomose êntero-entérica, uma vez que neste doente também foi realizada ressecção intestinal concomitante à plastia.

Na literatura, não há referência de fístula no seguimento tardio dos doentes.

4.3 - Tempo De Internação

Nesta casuística o tempo médio de internação no pós-operatório das plastias intestinais foi de 12,4 dias, variando de sete a 30 dias, semelhantes aos da literatura. Nestes, a média de internação, em diferentes séries, variou de oito a 22 dias.

4.4 - Seguimento

O tempo de seguimento na presente casuística variou de 12 a 164 meses, com média de 58,1 meses, o que é igualável, e mesmo superior a vários trabalhos da literatura.

Nos primeiros trabalhos de plastias intestinais, o tempo de seguimento era menor, com LEE e PAPAIOANNOU (1982), referindo acompanhamento entre oito e 42 meses e ALEXANDER-WILLIAMS (1984), de seis a 40 meses.

Em grandes séries mais recentes, TJANDRA e FAZIO (1994), apresentaram seguimento médio de três anos; YAMAMOTO e KEIGHLEY (1999), de 9,1 anos; MICHELASSI et al. (2000), de quatro anos; TONELLI e FICARI (2000), de 3,3 anos e DIETZ et al. (2002), de 6,7 anos.

4.4.1 - Recidiva Dos Sintomas

As taxas de recidiva, assim como a reoperações, tendem a aumentar com a ampliação do tempo de seguimento.

Nesta série, a recidiva clínica foi de 63% com aparecimento dos sintomas após dois a 48 meses das plastias (média de 17,6 meses). Em 17 doentes houve recidiva das cólicas abdominais e em dois deles, surgiram fístulas êntero-cutâneas.

A taxa de recorrência na presente casuística foi um pouco maior que a relatada na literatura, o que poderia ser explicado, talvez, por uma doença mais agressiva ou mais extensa. A recidiva precoce também, poderia ser decorrência de estenoses não detectadas no intra-operatório. Todos os doentes realizaram radiografia contrastada antes das cirurgias e nas laparotomias as alças foram avaliadas cuidadosamente pela inspeção e palpação. Quando surgia dúvida do calibre de uma estenose, foi introduzido um cateter de Foley por uma enterotomia, sendo o mesmo tracionado com o balão insuflado, procedimento este também adotado por vários autores. Uma outra alternativa eficaz de detectar mais lesões é a enteroscopia intra-operatória. Entretanto, ESAKI et al. (2001), apesar de demonstrarem mais lesões na cirurgia, este dado não alterou a recorrência. Outro fator envolvido é o critério de avaliar a recidiva, que pode ser clínico, radiológico, endoscópico ou histopatológico. O critério adotado aqui foi a recidiva clínica, e mesmo aqueles doentes com sintomas discretos foram incluídos nas recidivas.

Outra dúvida em relação as plastias, é se a melhora após a cirurgia, e também a recorrência, são decorrentes das plastias ou devido às ressecções intestinais associadas, uma vez que na maioria dos casos houve essa associação de procedimentos. Entretanto, STEBBING et al. (1995) não demonstraram diferença na recidiva quando compararam o grupo só de plastias e de plastias associadas à ressecção intestinal. POGGIOLI et al. (2002) observaram recorrência similar na cirurgia conservadora e na ressecção, aos cinco e dez anos, respectivamente de 21 e 34% e 12 e 34%.

A história natural da doença de Crohn após intervenção cirúrgica, é caracterizada por recorrências. A maioria dos autores tem relatado taxas de recorrência de aproximadamente 25% aos cinco anos e 50% aos dez anos de pós-operatório

(TRNKÁ et al., 1982; WHELAN et al., 1985; FAZIO et al., 1996). Uma das preocupações com as plastias, foi o receio de aumentar a taxa de recidiva, uma vez que a doença não era removida. As maiores séries, com mais de 50 doentes, mostraram que a taxa de recorrência precoce foram de 14% a 36% (ALEXANDER-WILLIAMS, 1986; BABA e NAKAI, 1995; SERRA et al., 1995; STEBBING et al., 1995; OZUNER et al., 1996), o que é comparável às cirurgias de ressecção. Os problemas seriam nos seguimentos à longo prazo, cujos trabalhos são poucos na literatura atual.

KENDAL et al. (1986) observaram maior taxa de recidiva em doentes com envolvimento difuso do intestino delgado em relação àqueles com acometimento localizado. Estes achados não foram confirmados por DIETZ et al. (2002).

YAMAMOTO e KEIGHLEY (1999) encontraram um aumento de recorrência em função da idade. Doentes com menos de 35 anos apresentaram recidiva aos cinco e dez anos, de 79% e 79%, enquanto nos maiores de 35 anos, este índice foi de 22% e 30%, respectivamente. Para DIETZ et al. (2002), o único fator associado com a recidiva precoce foi o curto período entre o início dos sintomas até a cirurgia. Em ambos os trabalhos, os índices de recorrências não foram associados com tabagismo, níveis de albumina, uso de corticóides, ressecção intestinal concomitante, local, número e extensão das plastias.

TICHANSKY et al. (2000), em meta-análise com 15 estudos, mostraram maior recidiva em doentes com seguimento mais longo, com sinais de doença ativa, e naqueles que perderam peso no pré-operatório.

Nos trabalhos da literatura, aos dois anos, as taxas de recidivas apresentadas foram: TJANDRA e FAZIO (1993), 9%; QUANDALE et al. (1994), 40% ; MICHELASSI et al., (2000), 24%. Aos três anos de : FAZIO et al. (1993), 24%; TJANDRA e FAZIO (1994), 26% ; SPENCER et al. (1994), 20%. Por outro lado, YAMAMOTO et al. (1999) referiram recorrência em 54% dos doentes, no acompanhamento de três a 206 meses (média de 107). Para HURST e MICHELASSI (1998), a taxa de recorrência foi de 15% em dois anos e 22% em cinco anos. SAMPIETRO et al. (2004) apresentaram taxa de recorrência clínica e cirúrgica de dez anos de 43% e 27%, respectivamente.

4.4.2 - Reoperações

Na presente série, 11 doentes (41%) foram reoperados, após média de 37,5 meses das plastias. Dois doentes (7,4%) necessitaram de uma terceira cirurgia e um doente (3,7%), de uma quarta operação, assim como mostraram os trabalhos de STEBBING et al. (1995) e YAMAMOTO et al. (1999), cujos doentes necessitaram de uma segunda intervenção cirúrgica em 36% e 44%, de uma terceira em 13% e 16% e uma quarta em 6% e 5%, respectivamente.

A taxa de reoperação desta casuística é um pouco maior que o da maioria dos trabalhos da literatura, mas em muitos deles, o tempo de seguimento foi menor.

TJANDRA e FAZIO (1993) mostraram taxa de reoperação de 13% em três anos, QUANDALE et al. (1994), de 22% também em três anos e DIETZ et al. (2002), 28% em 5,2 anos. KENDAL et al. (1986), reoperaram 44% dos doentes de sua casuística e ALEXANDER-WILLIAMS (1994), 42,6%.

4.4.3 - Recidiva Nas Plastias

Nesta casuística, ocorreram quatro recidivas (3,5%) em três doentes (11,5%), o que é compatível com os trabalhos da literatura. A recidiva foi mais freqüente na plastia do tipo Finney (20%) em relação ao Heineke-Mikulicz (1,1%). Nas ileocoloplastias também não houve recidivas, mas o número deste tipo de plastia foi menor, assim como seu tempo de seguimento. Na realidade, as recidivas em Finney, foram nas porções aferentes e eferentes da plastia. Nos quatro casos de recidivas desta série, a conduta adotada foi ressecção da plástica prévia. Neste tipo de recidiva, uma boa opção pode ser as técnicas descritas por YAMAMOTO et al. (2000).

A recidiva em plastia parece ser incomum. FAZIO et al. (1989) acreditam ser difícil identificar o locais das plásticas nas reoperações. Eles preconizaram marcar o local, no mesentério adjacente, com clip metálico, procedimento este não adotado por todos. A identificação do local da plastia não parece ser difícil, na maioria dos casos, mas atualmente, a conduta do Serviço, tem sido marcar o local, com um ponto de fio inabsorvível, do tipo polipropileno.

Na literatura, a taxa de recidiva em plastia é baixa nas casuísticas de alguns autores, e outros não referem nenhuma recidiva (ALEXANDER-WILLIAMS, 1984; SPENCER et al., 1994).

DEHN et al. (1989), apresentaram recidivas em plásticas em 1,2%; FAZIO et al. (1989), 2,8%; PRITCHARD et al. (1990), 1,9%; ALEXANDER-WILLIAMS (1994), 1,3%; QUANDALE et al. (1994), 3,7%; TJANDRA e FAZIO (1994), 2,3%; OZUNER et al. (1996), 1,1%; HURST e MICHELASSI (1998), 4,6%; e TONELLI e FICARI (2000), 8,8%.

Ao contrário da presente casuística, BABA e NAKAI (1995) não mostraram influência do tipo de plastia na taxa de recorrência. Na coletânea de TICHANSKY et al. (2000), a recorrência foi maior na plástica do tipo Heineke-Mikulicz. Já, DIETZ et al. (2001) apresentaram uma maior recidiva na plastia do tipo Finney, porém esta diferença não foi estatisticamente significativa.

4.4.4 - Sintomas Atuais E Medicamentos Em Uso

Nesta série, atualmente, 65,4% dos doentes estão assintomáticos ou oligossintomáticos, com uso de mesalazina, azatioprina ou associação de ambos, exceto dois. Cinco deles queixam-se de diarreia, com cinco a sete evacuações ao dia e, dois doentes, com cólicas abdominais frequentes, um aguardando nova cirurgia e outro, porque abandonou o tratamento há aproximadamente um ano. Um outro doente apresenta anemia crônica, outro, fistula peri-ileostomia de baixo débito e outra, fistula retovaginal, pouco sintomática.

O número de doentes sintomáticos depende da época da avaliação. Nos trabalhos com pequeno tempo de acompanhamento, tipo seis meses, a grande maioria estará sem sintomas, ao contrário dos seguimentos à longo prazo.

São poucos os trabalhos na literatura que fazem referência às medicações utilizadas no pós-operatório. Muitos autores relatam que a maioria dos doentes deixou de usar corticóides após a cirurgia.

A manutenção de tratamento medicamentoso é útil, uma vez que a doença não é removida e isto também reduz a possibilidade de recidiva, opinião esta também, compartilhada por MICHELASSI et al. (2000).

Nesta casuística, os corticóides foram retirados gradativamente após a cirurgia, tendo-se o cuidado de reduzir a dose no pré-operatório. Após aceitação da dieta oral, mesalazina ou azatioprina era reintroduzida, de preferência este último, nas formas mais agressivas da doença.

4.4.5 - Índice De Atividade De Doença De Crohn

Na presente casuística, utilizou-se o índice de atividade da doença de Crohn de Harvey-Bradshaw, sendo analisados na época da cirurgia, após seis meses e com dois anos de pós-operatório. Por ocasião da cirurgia, a média do índice foi de 9,8 pontos. Na avaliação aos seis meses, este valor caiu para 0,8 e após dois anos, houve discreto aumento para 1,6. A escolha de seis meses e dois anos foi na tentativa de mostrar o alívio dos sintomas e ao mesmo tempo, que esta melhora foi duradoura. É claro que não é uma avaliação perfeita, uma vez que após dois anos, o doente poderia estar melhor não pela plastia, mas em decorrência de uma cirurgia adicional, como foi o caso em dois doentes.

Na literatura, DI ABRIOLA et al. (2003) utilizaram o índice de atividade da doença de Crohn de BEST et al. (1976), para avaliar a melhora clínica. Após seis meses, seus cinco doentes estavam assintomáticos e livre do uso de corticóides. A média do índice de atividade da doença era de 51,12, variando de 34 a 60, na época da cirurgia, e após seis meses, esse índice diminuiu para 8,62, variando de cinco a 13,5.

TONELLI et al. (2004) referiram também, diminuição da atividade da doença de Crohn de 62,3% em seis meses, sem mencionar o índice utilizado.

5 - CONCLUSÃO

A análise final dos resultados permite concluir que:

- 1- A frequência de complicações foi baixa e em conformidade com a literatura.
- 2- Ocorreu baixo índice de recidivas.
- 3- Houve controle adequado dos sintomas, demonstrando que as plastias intestinais são opção técnica operatória adequada e segura no tratamento da estenose da doença de Crohn.

***6 - REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

ALEXANDER-WILLIAMS, J. Non – resection operations for small bowel Crohn's disease. **Acta Gastroenterol Belg**, 47: 355-359, 1984.

ALEXANDER-WILLIAMS, J. The technique of intestinal strictureplasty. **Int J Colorectal Dis**, 1(1) 54-7,1986.

ALEXANDER-WILLIAMS, J.; HAYNES, I.G. Up-to-date management of small bowel of Crohn's disease. **Adv Surg**, 20: 245-264, 1987.

ALEXANDER-WILLIAMS, J. Surgical management of small intestinal Crohn's disease: resection or strictureplasty. **Seminars Colon Rectal Surg**, 5(3):193-198, 1994.

BABA, S.; NAKAI, K. Strictureplasty for Crohn's disease in Japan. **J Gastroenterol**, 30(8): 135-8, 1995.

BECKER, J.M.; Surgical therapy for ulcerative colitis and Crohn's disease. **Gastroenterol Clin North Am**, 28(2): 371-90, 1999.

BEST, W. R.; BECKTEL J.M.; SINGLETON, J.W.; KERN, F.Jr. Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study. **Gastroenterol**,70: 439-44, 1976.

CROHN, B.B.; GINZBURG, L.; OPPENHEIMER, G.D. Regional ileitis. A pathologic and clinical entity. **JAMA**, 99: 1323-1329, 1932.

DALZIER, T.K. Chronic interstitial enteritis. **B M J**, 2: 1068-70, 1913

DE DOMBAL, F. T. ; BURTON,I.; GOLIGHER, J. C. Recurrence of Crohn's disease after primary excisional surgery. **GUT**, 12 : 519-527, 1971.

DEHN, T.C.; KETTWELL, M.E.; MORTENSEN, N.J.; LEE, E.C.; JEWELL, D.P. Ten-year experience of strictureplasty for obstructing Crohn's disease. **Br J Surg**, 76(4): 339-41, 1989.

DI ABRIOLA, G.F.; DE ANGELI, P.; DAIL'OGGIO, L.; DI LORENZO, M. Strictureplasty: an alternative approach in long segment bowel stenosis Crohn's disease. **J Pediatric Surg**, 38(5): 814-8, 2003.

DIETZ, D.W.; LAURETI, S.; STRONG, S.A.; HULL, T.L.; CHURCH, J.; REMZI, F.H. et al. Safety and long-term efficacy of stricturoplasty in 314 patients with obstructing small bowel Crohn's disease. **J Am Coll Surg**, 192(3): 330-7, 2001.

DIETZ, D.W.; FAZIO, V.W.; LAURETI, S.; STRONG, S.A.; HULL, T.L.; CHURCH, J. et al. Stricturoplasty in diffuse Crohn's jejuno-ileitis: safe and durable. **Dis Colon Rectum**, 45(6): 764-70, 2002.

ESAKI, M.; MATSUMOTO, T.; HIZAWA, K. AOYAGI, K.; MIBU, R. TIDA, M.; FUJISHIMA, M. Intraoperative enteroscopic detects more lesions but is not predictive of postoperative recurrence in Crohn's disease. **Surg Endosc**, 15: 455-459, 2001.

FARMER, R.G.; WHELAN, G.; FAZIO, V.W. Long-term follow-up of patients with Crohn's disease. Relationship between the clinical pattern and prognosis. **Gastroenterol**, 88:1818-1825, 1985.

FAZIO, V.W.; GALANDIUK, S. Stricturoplasty in diffuse Crohn's jejunoileitis. **Dis Colon Rectum**, 28(7): 512-8, 1985.

FAZIO, V.W.; GALANDIUKY, S.; JAGELMAN, D.G.; LAVERY, I.C. Stricturoplasty in Crohn's disease. **Ann Surg**, 210(5): 621-5, 1989.

FAZIO, V.W. Conservative surgery for Crohn's disease of the small bowel: the role of stricturoplasty. **Med Clin North Am**. 74(1) 169-81, 1990.

FAZIO, V.W.; TJANDRA, J.J. Stricturoplasty for Crohn's disease with multiple long strictures. **Dis Colon Rectum**, 36(1): 71-2 1993.

FAZIO, V.W.; TJANDRA, J.J.; LAVERY, I.C.; CHURCH, J.M.; MILSON, J.W.; OAKLEY, J.R. Long-term follow-up of stricturoplasty in Crohn's disease. **Dis Colon Rectum**, 36(4): 355-61, 1993.

FAZIO, V.W.; MARCHETTI, F.; CHURCH, M.; GOLDBLUM, J.R.; LAVERY, C.; HULL, T.L. et al. Effect of resection margins on the recurrence of Crohn's disease in the small bowel: a randomized controlled trial. **Ann Surg**, 224: 563-573, 1996.

GAETINI, A.; DE SIMONE, M.; RESEGOTTI, A. Our experience with strictureplasty in the surgical treatment of Crohn's disease. **Hepatogastroenterol**, 36(6): 511-5, 1989.

GARDINER, K.R.; KETTEWELL, M.G.; MORTENSEN, N.J. Intestinal haemorrhage after strictureplasty for Crohn's disease. **Int J Colorectal Dis**. 11(4): 180-2, 1996.

GARLOCK, J.H.; CROHN, B.B. An appraisal of the results of surgery and treatment of regional ileitis. **JAMA**, 127: 205-211, 1945.

GOLLOP, J.H.; PHILLIPS, S.F.; MELTON, L.J.; ZINSMEISTER, A.R. et al. Epidemiologic aspects of Crohn's disease: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, 1943-1982. **GUT**, 29: 49-56, 1988.

GREENSTEIN, A.J.; SACHAR, D.B. PASTERNAK, B.S. JANOWITZ, H.D.: Reoperation and recurrence in Crohn's colitis and ileocolitis: crude and cumulative rates. **N. Engl. J. Med**, 395-685, 1975.

GREENSTEIN, A.J.; SACHAR, D.B; PUCILLO, A.; KREEL, I.; GELLER, S.; JANOWITZ, H.D. Cancer in Crohn's disease after diversionary surgery: A report of seven carcinomas occurring in excluded bowel. **Am J Surg**, 135: 86-90, 1978.

HARVEY, R. F.; BRADSHAW, J. M. A simple index of Crohn' disease activity. **Lancet**, 8: 514, 1980.

HEIMANN, T.M.; GREENSTEIN, A.J.; LEWIS, B.; SJODAHL, R. Comparison of primary and reoperative surgery in patients with Crohn's disease. **Ann Surg**, 227, 492-495, 1998.

HEUMAN, R.; BOERYD, B.; BOLIN, T.; SJODAHL, R. The influence of disease of the margin of resection on the outcome of Crohn's disease. **Br J Surg**, 70: 519-521, 1983.

HULTÉN, L. Surgical treatment of Crohn's disease of the small bowel or ileocecum. **World J Surg**, 12: 180-185, 1988.

HURST, R.D.; MICHELASSI, F. Strictureplasty for Crohn's disease: techniques and long-term results. **World J Surg**. 22(4): 39-63, 1998.

JASKOWIAK, N.T.; MICHELASSI, F. Adenocarcinoma at a strictureplasty site in Crohn's disease: report of a case. **Dis Colon Rectum**, 44(2): 284-7, 2001.

KATARIYA, R.N.; SOOD, S.; RAO, P.G.; RAO, P.L.N.G. Strictureplasty for tubercular strictures of the gastrointestinal tract. **Br J Surg**, 64: 496-498, 1977.

KENDALL, G.P.; HAWLEY, P.R.; NICHOLLS, R.J.; LENNARD-JONES, J.E. Strictureplasty. A good operation for small bowel Crohn's disease ? **Dis Colon Rectum**, 29(5): 312-6, 1986.

LAURENT, S.; DETRY, O.; DETROZ, B.; DE ROOVER, A.; JORIS, J.; HONORÉ, P. et al. Strictureplasty in Crohn's disease: short and long-term follow-up. **Acta Chir Belg**, 102(4): 253-5, 2002.

LAUTENBACH, E. Risk factors for early postoperative recurrence of Crohn's disease. **Gastroenterol**, 115: 259-267, 1998.

LAVERY, I.C.; SOUZA, V.C.T. Tratamento cirúrgico da doença de Crohn. In: SOUZA, V.C.T. **Coloproctologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 458-479.

LEE, E.C.G.; PAPAIOANNOU, N. Recurrences following surgery for Crohn's disease. **Clin Gastroenterol**, 9: 419-438, 1980.

LEE, E.C.G.; PAPAIOANNOU, N. Minimal surgery for chronic obstruction in patients with extensive or universal Crohn's disease. **Ann R Coll Surg Engl**, 64: 229-233, 1982.

MARCHETTI, F.; FAZIO, V.W.; OZUNER, G. Adenocarcinoma arising from a strictureplasty site in Crohn's disease. Report of a case. **Dis Colon Rectum**, 39(11): 1315-21, 1996.

MEKHJIAN, H.S.; SWITZ, D.M.; WATTS, H.D.; DEREN, J.J.; KATON, R.M.; BEMAN, F.M. National cooperative Crohn's disease study: factors determining recurrence of Crohn's disease after surgery. **Gastroenterol**, 77: 907-913, 1979.

MICHELASSI, S.; BALESTRACI, T.; CHAPPELL, R.; BLOCK, C.E. Primary and recurrent Crohn's disease: experience with 1379 patients. **Ann Surg**, 3:230-240, 1991.

MICHELASSI, F. Side-to-side isoperistaltic strictureplasty for multiple Crohn's strictures. **Dis Colon Rectum**, 39(3): 345-9, 1996.

MICHELASSI, F.; HURST, R.D.; MELIS, M.; RUBIN, M.; COHEN, R.; GASPARITIS, A. et al. Side-to-side isoperistaltic strictureplasty in extensive Crohn's disease: a prospective longitudinal study. **Ann Surg**, 232(3): 401-8, 2000.

MOSCHCOWITZ, E.; WILENSKY, A.O. Nonspecific granulomata of the intestine. **Am J Med Sci**, 166:48-66, 1923.

OZUNER, G.; FAZIO, V.W.; LAVERY, I.C.; MILSOM, J.W.; STRONG, S.A. Reoperative rates for Crohn's disease following strictureplasty. Long-term analysis. **Dis Colon Rectum**, 39(11): 1199-203, 1996.

PACE, B.W.; BANK, S.; WISE, L. Strictureplasty. An alternative in the surgical treatment of Crohn's disease. **Arch Surg**, 119(7): 861-2, 1984.

PARTRIDGE, S.K.; HODIN, R.A. Small bowel adenocarcinoma at the strictureplasty site in a patient with Crohn's disease: report of a case. **Dis Colon Rectum**, 47(5): 778-81, 2004.

PENNINGTON, L.; HAMILTON, S.R.; BAYLESS, T.M.; CAMERON, J.L. Surgical management of Crohn's disease: influence of disease at margin of resection. **Ann Surg**, 192: 311-317, 1980.

POGGIOLI, G.; STOCCHI, L.; LAURETI, S.; SELLERI, S.; MARRA, C.; MAGALOTTI, C. et al. Conservative surgical management of terminal ileitis: side-to-side enterocolic anastomosis. **Dis Colon Rectum**, 40(2): 234-7, 1997.

POGGIOLI, G.; PIERANGELI, F.; LAURETI, S.; UGOLINI, F. Review article: indication and type of surgery in Crohn's disease. **Aliment Pharmacol Ther**, 16(4): 59-64, 2002.

POGGIOLI, G.; LAURETI, S.; PIRANGELI, F.; UGOLINI, F. A new model of strictureplasty for multiple and long stenosis in Crohn's ileitis: side-to-side diseases to diseases- free anastomosis. **Dis Colon Rectum**, 46(1): 127-30, 2003.

PRITCHARD, T.J.; SCHOETZ, D.T. Jr.; CAUSHAJ, F.P.; ROBERTS, P.L.; MURRAY, J.T.; COLLER, J.A. et al. Strictureplasty of the small bowel in patients with Crohn's disease. An effective surgical option. **Arch Surg**, 125(6): 715-7, 1990.

QUANDALLE, P.; GAMBIEZ, L.; COLOMBEL, J.F.; PARIS, J.C.; CORTOT, A. Long-term follow-up of strictureplasty in Crohn's disease. **Acta Gastroenterol Belg**, 57(5-6): 314-9, 1994.

SACHAR, D.B.; WOLFSON, D.M.; GREESTEIN, A.J.; GOLDBERG, J.; STYCZYNSKI, R.; JANOWITZ, H.D. Risk factors of postoperative recurrence of Crohn's disease. **Gastroenterol**, 85: 917-921, 1983.

SACHAR, D.B. The problem of postoperative recurrence of Crohn's disease. **Med Clin North Am**, 74(1): 183-188, 1990.

SAMPIETRO, G.M.; CRISTALDI, M.; MACONI, G.; PARENT, F.; SARTANI, A.; ARDIZZONE, S. et al. A prospective longitudinal study of nonconventional strictureplasty in Crohn's disease. **J Am Col Surg**, 199(1): 8-20, discussion 20-2, 2004.

SASAKI, I.; FUNAYAMA, Y.; NAITO, H.; FUKUSHIMA, K.; SHIBATA, C.; MATSUNO, S. Extended strictureplasty for multiple short skipped strictures of Crohn's disease. **Dis Colon Rectum**, 39(3): 342-4, 1996.

SAYFAN, J.; WILSON, D.A.; ALLAN, A.; ANDREWS, H.; ALEXANDER-WILLIAMS, J. Recurrence after strictureplasty or resection for Crohn's disease. **Br J Surg**, 76(4): 335-8, 1989.

SERRA, J.; COHEN, Z.; MC LEOD, R.S. Natural history of strictureplasty in Crohn's disease: 9-year experience. **Can J Surg**, 38(6): 481-5, 1995.

SHARIF, H.; ALEXANDER-WILLIAMS, J. The role of strictureplasty in Crohn's disease. **Int Surg**, 77: 15-8, 1992.

SILVERMAN, R.C.; MC LEOD, R.S.; COHEN, Z. Strictureplasty in Crohn's disease. **Can J Surg**, 32(1): 19-22, 1989.

- SPENCER, M.P.; NELSON, H.; WOLFF, B.G.; DOZOIS, R.R. Strictureplasty for obstructive Crohn's disease: the Mayo experience. **Mayo Clin Proc**, 69(1): 33-6, 1994.
- STEBBING, J.F.; JEWELL, D.P.; KETTLEWEL, M.G.; MORTENSEN, N.J. Recurrence and reoperation after strictureplasty for obstructive Crohn's disease: long-term results. **Br J Surg**, 82(11): 1471-4, 1995.
- TASCHIERI, A.M.; CRISTALDI, M.; ELLI, M.; DANELLI, P.G.; MOLteni, B.; ROVATI, M. et al. Description of new "bowel-sparing" techniques for long strictures of Crohn's disease. **Am J Surg**, 173(6): 509-12, 1997.
- TEIXEIRA, M.G.; HABR-GAMA, A. Tratamento cirúrgico da doença de Crohn intestinal. In: HABR-GAMA, A. **Doença Inflamatória Intestinal**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 173-187.
- TICHANSKY, D.; CAGIR, B.; YOO, E.; MARCUS, S.M.; FRY, R.D. Strictureplasty for Crohn's disease: meta-analysis. **Dis Colon Rectum**, 43(7): 911-9, 2000.
- TJANDRA, J.J.; FAZIO, V.W. Strictureplasty without concomitant resection for small bowel obstruction in Crohn's Disease. **Br J Surg**, 81(4): 561-3, 1994.
- TJANDRA, J.J.; FAZIO, V.W. Strictureplasty for ileocolic anastomotic strictures in Crohn's disease. **Dis Colon Rectum**, 36(12): 1099-103, 1993.
- TJANDRA, J.J.; FAZIO, V.W.; LAVERY, I.C. Results of multiple strictureplasties in diffuse Crohn's disease of the small bowel. **Aust N Z J Surg**, 63(2): 95-9, 1993.
- TONELLI, F.; FEOI, M.; PAROU, G.M.; FAZI, M. Indications and results of side-to-side isoperistaltic strictureplasty in Crohn's disease. **Dis. Colon Rectum**, 47(4): 494-501, 2004.
- TONELLI, F.; FICARI, F. Strictureplasty in Crohn's disease: surgical option. **Dis Colon Rectum**, 43(7): 920-6, 2000.
- TRNKA, Y.M.; GLOTZER, R.J.; KAPSDON, E.J. The long-term outcome of restorative operation in Crohn's disease. Influence of location, prognostic factors, and surgical guidelines. **Ann Surg**, 196:345-355, 1982.

WHELAN, G.; FARMER, R.G.; FAZIO, V.W.; GOORMASTIC, M. Recurrence after surgery in Crohn's disease. **Gastroenterol**, 88:1826, 1985.

WOLF, B.G.; BEART, R.W.; FRYDENBERG, H.B.; WEILAND, L.H.; AGREZ, M.V.; ILSTRUP, D.M. The importance of disease-free margins in resections for Crohn's disease. **Dis Colon Rectum**, 26 (4) : 239- 243, 1983.

YAMAMOTO, T.; BAIN, I.M.; ALLAN, R.N.; KEIGHLEY, M.R. An audit of strictureplasty for small-bowel Crohn's disease. **Dis Colon Rectum**, 42(6): 797-803,1999.

YAMAMOTO, T.; KEIGHLEY, M.R. Factors affecting the incidence of postoperative septic complications and recurrence after strictureplasty for jejunoileal Crohn's disease. **Am J Surg**, 178(3): 240-5, 1999.

YAMAMOTO, T.; KEIGHLEY, M.R. Long-term results of strictureplasty without synchronous resection for jejunoileal Crohn's disease. **Scand J Gastroenterol**, 34(2): 180-4, 1999.

YAMAMOTO, T.; KEIGHLEY, M.R. Long-term results of stritureplasty for ileocolonic anastomotic recurrence in Crohn's disease. **J Gastroint Surg**, 3(5): 555-60, 1999.

YAMAMOTO, T.; MYLONAKIS, E.; KEIGHLEY, M.R. Two surgical procedures for strictures at Finney strictureplasty for small bowel Crohn's disease. **Dig Surg**, 17(5): 451-3, 2000.

7 - ANEXOS

7.1 - Relação Geral Da Casuística

Tabela A1 - Relação Geral da Casuística.

Doente	Sexo	Idade	HM*	Finney	Íleo-colo plastia
RAT	M	19	2	-	-
SC	M	28	4	-	-
FPN	M	24	2	-	-
CRCF	F	35	1	-	-
CASAS	M	35	15	2	-
SAN	F	38	5	-	-
LAF	M	39	1	-	1
CACS	M	34	5	-	-
ACACZ	F	28	3	-	-
JBS	M	45	2	1	-
CAMM	F	45	-	-	1
AMAR	F	33	1	1	1
SFL	M	48	-	-	1
CGFV	F	27	19	4	-
CHST	F	52	7	2	-
ANS	M	22	4	-	-
AA	M	48	-	-	1
CAE	M	21	1	1	-
NBSS	F	29	6	1	-
VD	M	23	2	1	-
IRA	F	24	4	2	-
LCAF	M	47	3	-	-
ITO	F	54	1	-	-
RGF	M	39	1	-	-
SLFFD	F	30	2	-	1
ELA	M	6	1	-	-
EMO	M	27	2	-	-
KMSL	F	23	-	-	1

* Heineke-Mikulicz.

Tabela A1 - Continuação.

Doente	Ressecção Prévia	Ressecção Associada	Complic. Gerais	Complic. Locais Precoces	Complic. <i>Locais Tardias</i>	Tempo Intern. (dias)
RAT	N	S	-	-	-	7
SC	N	S	-	-	-	11
FPN	N	S	-	-	-	11
CRCF	N	N	-	lesão íleo	-	14
CASAS	S	N	-	-	-	11
SAN	N	S	-	-	-	10
LAF	S	S	pneumonia	hemorragia	-	30
CACS	N	S	-	-	-	11
ACACZ	N	S	-	-	-	7
JBS	N	S	-	-	-	11
CAMM	S	N	-	-	-	11
AMAR	S	N	-	-	-	10
SFL	S	S	-	-	-	11
CGFV	S	N	pneumonia	deiscência plastia/ infecção ferida	-	15
CHST	S	N	-	-	-	10
ANS	N	S	-	deiscência anastomose	Hérnia / fistula enterocutânea	17
AA	N	S	-	-	-	12
CAE	N	S	-	-	-	13
NBSS	S	N	-	-	-	9
VD	N	S	-	-	-	14
IRA	S	N	-	-	-	15
LCAF	S	S	-	deiscência plastia	-	18
ITO	S	S	-	-	-	12
RGF	S	N	-	-	-	10
SLFFD	N	S	-	deiscência plastia	-	14
ELA	N	S	-	-	-	10
EMO	N	S	-	infecção ferida	Hérnia / fistula – enterocutânea	12
KMSL	S	N	-	-	-	11

Tabela A1 - Continuação.

Doente	Tempo Seguem. (mês)	Recidiva dos Sintomas (mês)	Re-operações (mês)	Recidiva em Plastia	Sintomas Atuais	Medicações em Uso
RAT	164	48	60	-	-	MESA
SC	141	38	44	-	-	-
FPN	132	36	-	-	-	MESA
CRCF	104	7	28/37/94	-	diarréia	MESA + AZA
CASAS	97	6	94	2	-	AZA
SAN	82	4	-	-	cólicas	-
LAF	Óbito					
CACS	61	-	-	-	-	MESA
ACACZ	61	-	-	-	-	-
JBS	44	36	44	óbito		
CAMM	57	4	-	-	-	AZA
AMAR	56	8	15/54	-	-	AZA
SFL	54	-	-	-	-	MESA
CGFV	51	7	20/45	1	diarréia/ fistula retovaginal	MESA
CHST	49	26	34	-	diarréia	AZA
ANS	44	19	22	-	fistula periestoma	AZA + MESA
AA	43	-	-	-	-	AZA
CAE	39	-	-	-	anemia	MESA
NBSS	38	8	20	1	-	MESA
VD	36	20	-	-	-	MESA
IRA	32	14	-	-	diarréia	MESA
LCAF	32	25	32	-	-	AZA
ITO	32	-	-	-	-	MESA
RGF	30	23	-	-	cólica	AZA
SLFFD	25	-	-	-	-	AZA
ELA	23	-	-	-	-	AZA
EMO	17	2	-	-	-	AZA + MESA
KMSL	12	3	-	-	diarréia	MESA

7.2 - Índice De Atividade Da Doença De Crohn: Harvey - Bradshaw

NOME DO PACIENTE:	Pré-operatório	Seis meses	Dois anos
A: Bem estar geral:			
0-	muito bem		
1-	ligeiramente abaixo		
2-	ruim		
3-	muito ruim		
4-	péssimo		
B: Dor abdominal:			
0-	nenhuma		
1-	leve		
2-	moderada		
3-	intensa		
C: Número de evacuações líquidas por dia			
D: Tumor abdominal:			
0-	nenhum		
1-	duvidoso		
2-	definido		
3-	definido e doloroso		
E: Complicações: 1 ponto por item			
-	artralgia		
-	uveíte		
-	eritema nodoso		
-	úlceras aftóides		
-	pioderma gangrenoso		
-	fissura anal		
-	fístula		
-	abscesso		
Total de pontos:			