

## **Introdução**

A confecção de bolsa (pouch) ileal é realizada nas cirurgias de ressecção total do cólon e está indicada na retocolite ulcerativa refratária, câncer de intestino ou polipose adenomatosa familiar.

A bolsa ileal pode ter conformações em J, S, W. A mais comum é a bolsa em J por ser tecnicamente mais fácil e necessitar de segmento menor do íleo terminal.

O pouch é formado por cerca de 40cm do íleo distal com anastomose manual ou por grampeamento para alinhar as bordas antimesentéricas das alças ileais.

O tamanho ideal do reservatório é de 15-20cm. Alças muito longas estão associadas a esvaziamento incompleto e quando curtas cursam com frequência evacuatória bem aumentada.

A pouchoscopia consiste na avaliação de:

### **1. Canal anal**

Realizar toque digital e avaliar presença de hipersensibilidade em canal anal e anastomose. A anastomose é palpável e sentida como irregularidade ou anel fibroso. A distância estimada é de 0,5 a 1cm entre a anastomose e linha denteada. É comum encontrarmos algum estreitamento e deve ser considerado normal quando transponível com o dedo indicador.

### **2. Anastomose ileoanal**

A anastomose pode ter sido confeccionada por sutura manual ou grampeador. Quando se opta pelo grampeamento é necessário deixar 1-2cm de um “cuff” retal. Inflamações localizadas abaixo da anastomose e com mucosa da bolsa normal é sugestivo de cuffite.

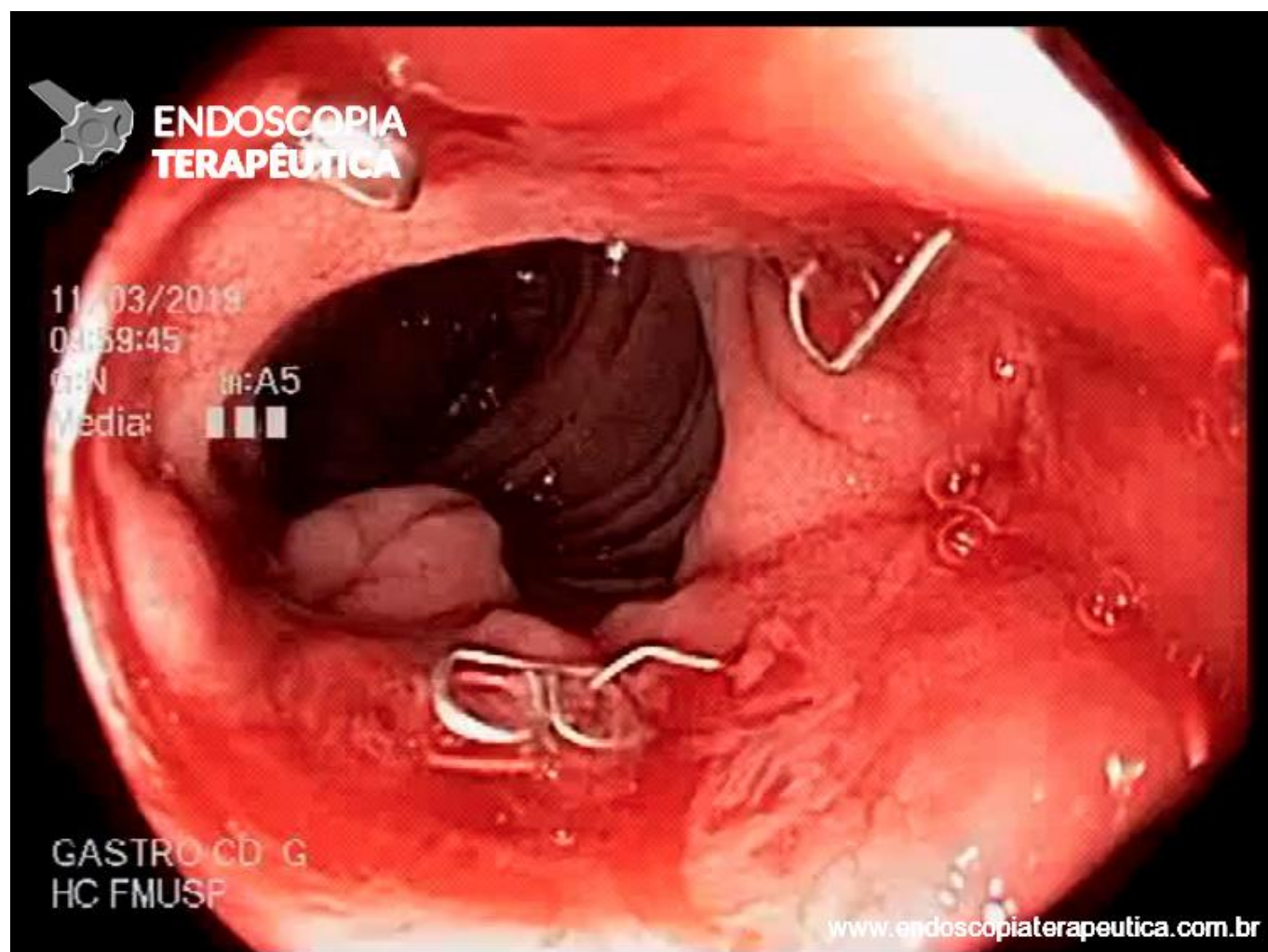


Figura 1: Anatosmose ileoanal com visualização dos grampos metálicos (setas brancas) e do cuff retal (vermelho)

### 3. Reservatório ileal

A mucosa do pouch deve ser cuidadosamente avaliada quanto a presença de inflamação, úlceras ou pólipos. O grau de inflamação deve ser documentado. Inflamações restritas na linha da sutura são consequência de reação normal a corpo estranho e não deve ser encarada como bolsite.

Quando a confecção é em W esta é realizada com 4 alças de íleo criando um reservatório maior. A pouchoscopia revela um único amplo reservatório. A alça aferente da bolsa geralmente está escondida e pode ser difícil de localizar com o paciente em decúbito lateral esquerdo. Caso não se consiga o acesso ao íleo pré-pouch pode-se tentar posicionar o paciente em posição supina.

Quando a confecção é em J precisamos avaliar a mucosa do reservatório e acessar a alça cega e a aferente. Uma bolsa em J de conformação normal lembra muito um olho da coruja em que as duas bocas estão no mesmo plano e perpendiculares à linha de grampeamento.

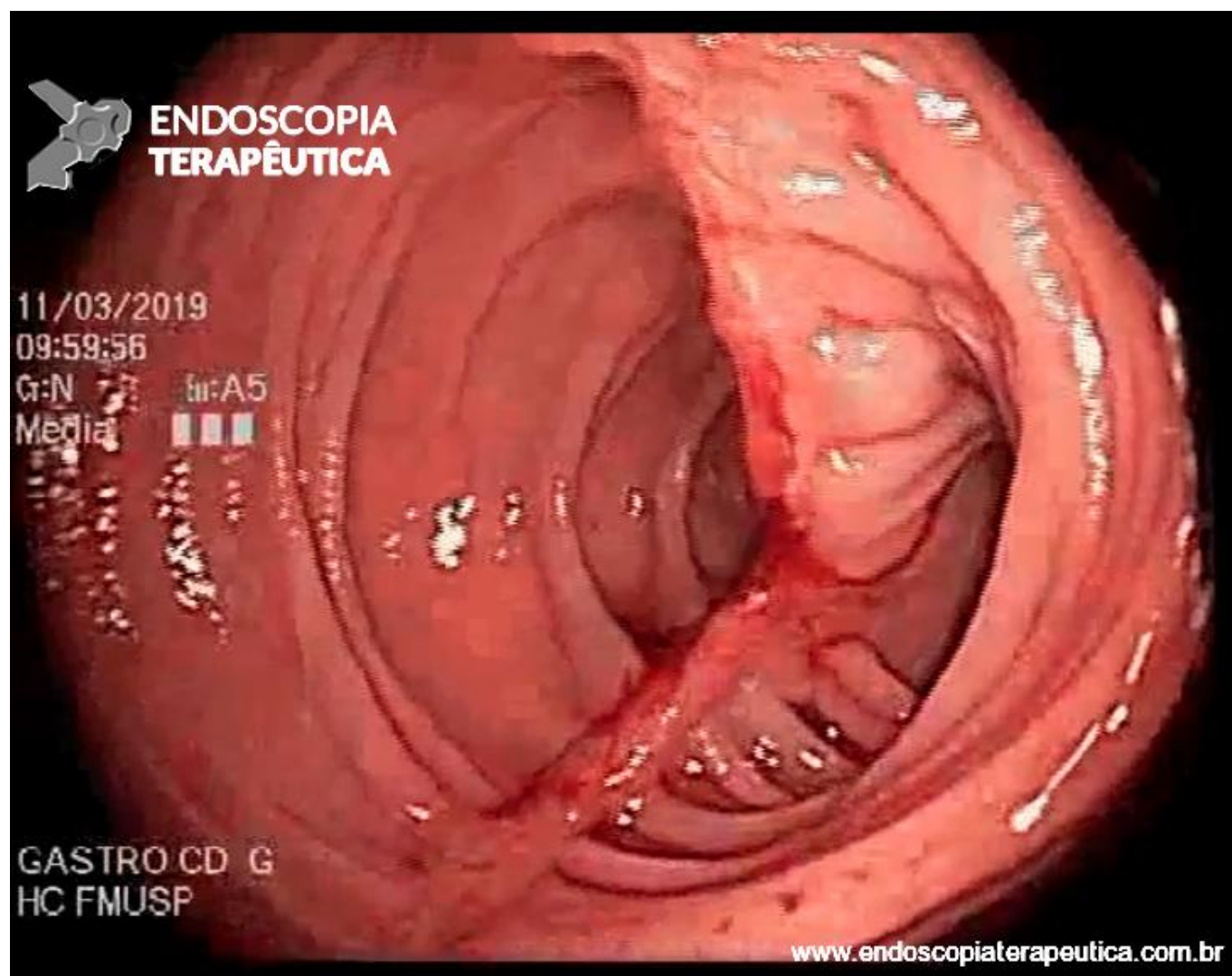


Figura 2: Reservatório ileal com visualização da boca da alça aferente (à esquerda), da alça eferente (à direita) e da linha de grampeamento (linha branca).

#### 4. Íleo pré-pouch

O íleo terminal deve ser entubado e a profundidade deste deve ser descrita. Quando há disfunção do pouch é necessário avaliar presenças de estenoses ou úlceras. A extensão do íleo acometido deve ser documentada.

#### Considerações finais

A proctocolectomia total com confecção de bolsa ileal é o tratamento cirúrgico de eleição para retocolite refratária além de ser opção em casos de câncer colorretal com implantação muito baixa e polipose adenomatosa familiar com reto acometido.

A colonoscopia para avaliação da bolsa ileal (pouchscopia) é importante para avaliar presença de lesões, complicações além da própria vigilância do câncer colorretal.

Precisamos estar familiarizados com os marcos anatômicos para se ter uma boa avaliação endoscópica.

## Como citar este artigo

Carlos AS. Aspectos endoscópicos da Bolsa Ileal. Endoscopia Terapêutica; 2021. Disponível em: <https://endoscopiaterapeutica.com.br/assuntosgerais/aspectos-endoscopicos-da-bolsa-ileal>

## Referências

1. World J Gastroenterol 2007 June 28; 13(24): 3288-3300
2. Inflamm Bowel Dis. 2009 Aug;15(8):1256-63
3. Inflamm Bowel Dis. 2015 Jun;21(6):1459-71

Acesse o [Endoscopia Terapêutica](#) para tomar contato com mais [artigos comentados](#), [assuntos gerais](#), [casos](#)



**ENDOSCOPIA  
TERAPÊUTICA**

[clínicos](#), [quizzes](#), [classificações](#) e mais!