

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.

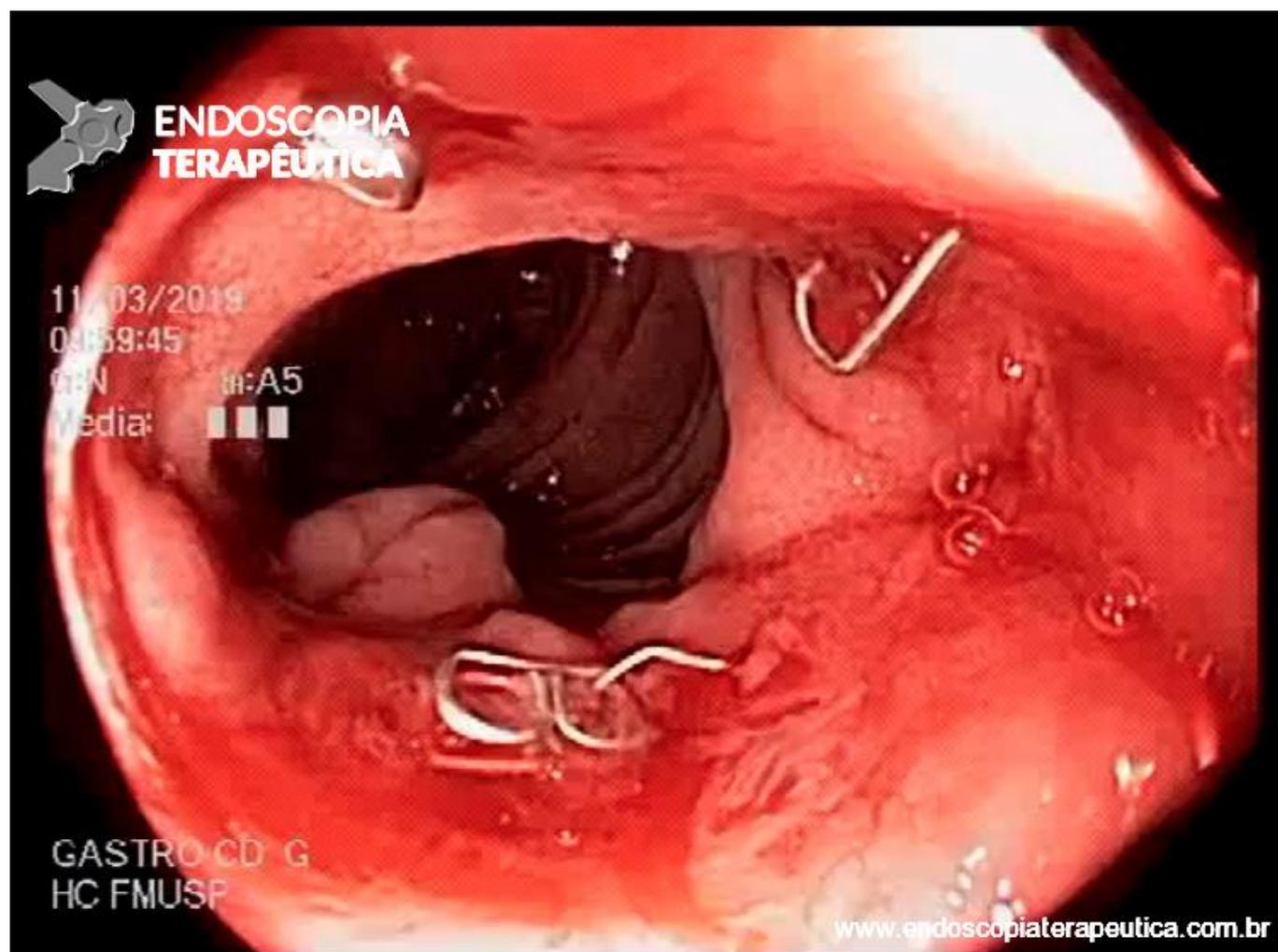


Figura 1: Anatosmose ileoanal com visualização dos grampos metálicos (setas brancas) e do cuff retal (vermelho)

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.

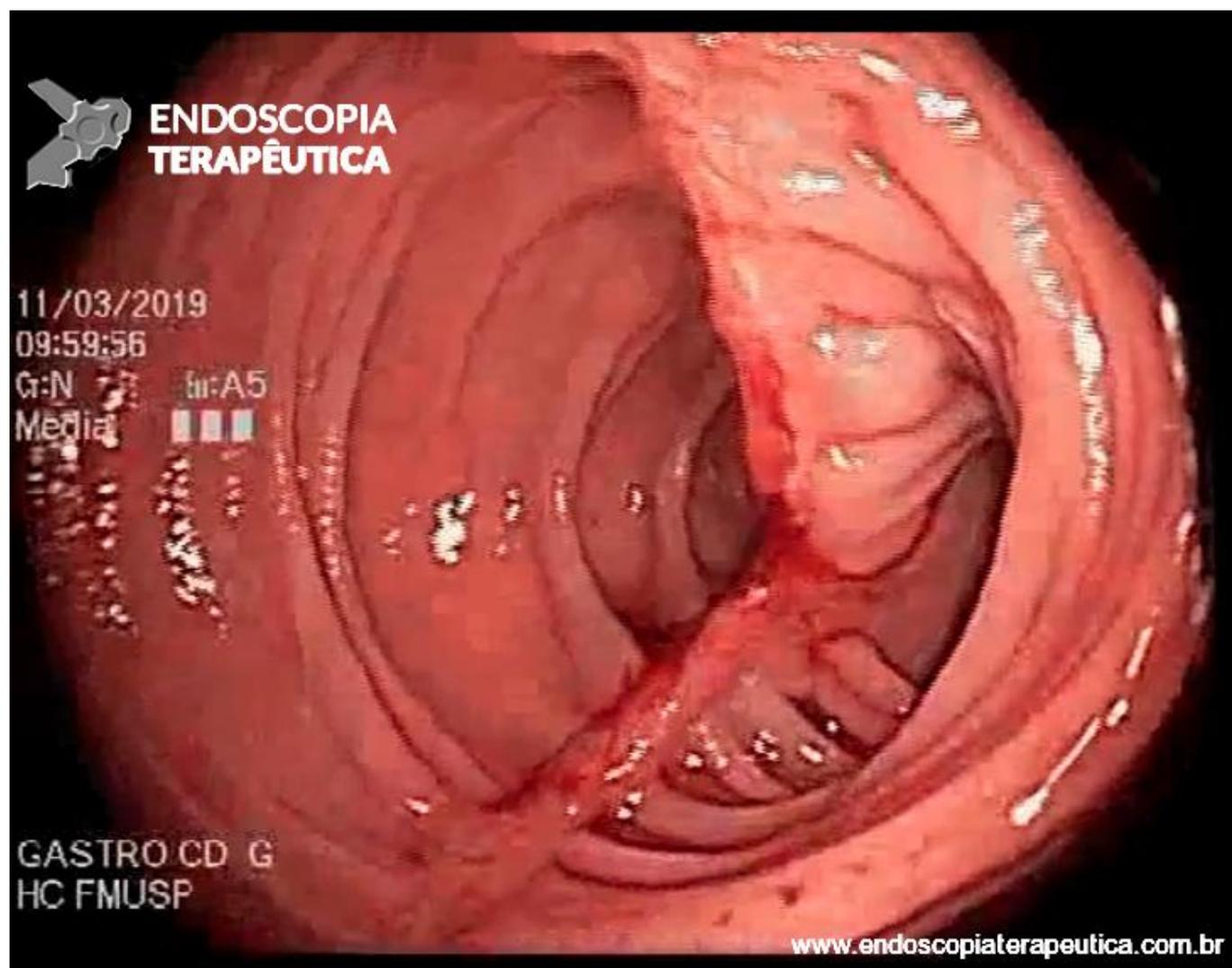


Figura 2: Reservatório ileal com visualização da boca da alça aferente (à esquerda), da alça eferente (à direita) e da linha de grampeamento (linha branca).

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!