

FECHAMENTO DE COLOSTOMIA: ANÁLISE DOS RESULTADOS

ELPÍDIO ARISTIDES DE FREITAS NETO (*)
CARLOS FERNANDO DA SILVA SARAIVA (*)

INTRODUÇÃO

Durante a II.^a Grande Guerra, a realização de colostomia nos traumatismos do cólon e reto foi bastante difundida. Desde então suas indicações se estenderam, passando a desempenhar importante papel no tratamento cirúrgico dos tumores do cólon, assim como nas diverticulites e suas complicações, tornando-se um procedimento comum e de aceitação universal.

Entretanto, o baixo risco e a facilidade, quando de sua execução, não encontram correspondentes quando se procede seu fechamento para restabelecer o trânsito intestinal e tornar fisiológicas as evacuações.

Nos últimos anos, inúmeras foram as publicações que vieram reafirmar a importância que assume um fechamento de colostomia, pelas altas taxas de morbidade e até mesmo de mortalidade encontradas (Quadro 1), onde os autores se preo-

QUADRO 1

MORBIDADE E MORTALIDADE DO FECHAMENTO DE COLOSTOMIA

Autor	Período	N.º	Morbidade	Mortalidade
Knox (8)	59 — 69	179	33%	2,2%
Beck (3)	66 — 71	77	15,5%	0%
Yakimeis (9)	68 — 72	71	49%	2,8%
Adeyemo (1)	63 — 73	43	15,4%	0%
Barnett (9)	63 — 73	110	43,6%	4,5%
Finch (5)	65 — 74	213	44%	0,5%
Yajko (9)	69 — 74	100	28%	1%
Hines (7)	71 — 74	100	17%	1%
Jarrett (9)	71 — 74	82	35,3%	2,4%
Tomlinson (9)	1976	26	7,6%	0%
Wheeler (9)	1976	73	37,8%	2,7%
TOTAL	76 — 80	1074	33,4%	1,7%
HC-UERJ		31	25,8%	0%

cupam em identificar os fatores predisponentes e condicionantes das complicações surgidas.

(*) Departamento de Cirurgia do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).



Com a mesma finalidade foi realizado este estudo retrospectivo em nosso serviço, baseado em nossa experiência, de 1976 à 1980 e que passamos a relatar.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram revistos os dados de 31 pacientes submetidos ao fechamento de suas colostomias, no período de julho de 1976 a julho de 1980, no Setor de Proctologia do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas da UERJ. Destes, 14 eram do sexo masculino (45%) e 17 eram do sexo feminino (55%), cuja idade variou de 13 a 84 anos, com uma média em torno de 46 anos.

A colostomia estava localizada no cólon transversal em 24 pacientes e no cólon sigmóide em apenas 7 pacientes. Não utilizamos a cecostomia, salvo em situações bastante especiais.

De um total de 31, 28 colostomias eram do tipo "em alça" (90%); os outros 3 pacientes (10%) apresentavam colostomia do tipo terminal: nos 2 primeiros, o segmento distal havia sido levado à pele como uma fístula mucosa e no outro paciente, havia sido deixado no interior da cavidade abdominal como uma bolsa de Hartmann.

As indicações variaram (Quadro 2), sendo o traumatismo,

QUADRO 2

INDICAÇÕES PARA COLOSTOMIAS

Indicações	N.º pacientes	%
Trauma abdominal	5	16%
Doença inflamatória	9	29%
Carcinomas	7	22,5%
Iatrogenismo cirúrgico	7	22,5%
Outros	3	10%
TOTAL	31	100%

responsável por apenas 16% (5 pacientes) dos colostomizados, ao contrário de outros trabalhos (1-2). Isto se deve ao fato de não ser o HC-UERJ, um hospital de Pronto Socorro; as doenças inflamatórias e suas complicações foram responsáveis pela realização de colostomia em 9 pacientes (29%); a seguir vieram os tumores malignos de cólon, em 22,5% (7 pacientes), acompanhados em igual número e porcentagem pelos iatrogenismos cirúrgicos, tais como: perfuração de reto durante R.T.U., fístula reto-vaginal após episiotomia e incontinência anal após fistulotomia.



O preparo mecânico do cólon consistiu em: dieta líquida sem resíduos e utilização de lubrificante intestinal oral, nos 2 dias que antecederam a cirurgia e enemas na véspera do ato cirúrgico; já no preparo quimioterápico foi utilizada a associação de Kanamicina e Eritromicina, também administrada na véspera, dividida em doses iguais a intervalos regulares, seguindo o esquema sugerido por Nichols e al. (Ann. Surg. 178: 453, 1973).

Todas as anastomoses foram intraperitoniais, método preferido pela maioria dos autores (1,3,4,6) apesar de Knox e col. (8), terem ressaltado a maior segurança oferecida pelo método extraperitonal, no caso de surgirem deiscências da anastomose e conseqüente fistulização; nas colostomias "em alça" demos preferência para a sutura simples em sentido transversal. Todas as anastomoses foram efetuadas em 2 planos, utilizando como fios o cromado 3-0 e o algodão 3-0 respectivamente.

Em todos os pacientes foi feita a sutura primária da ferida; o curativo oclusivo permanecia nas primeiras 24-48 horas e a retirada dos pontos se dava em torno do 8.º dia de pós-operatório. Mantivemos a SNG até o aparecimento de peristaltismo e o início da alimentação via oral só se fazia a partir do 3.º dia de pós-operatório, principalmente após o relato de eliminação de flatos, pelo paciente.

Os principais fatores analisados, em relação às complicações surgidas foram: a) sexo e idade; b) patologia básica; c) local e tipo de colostomia; d) tempo decorrido até o seu fechamento; e) tipo de anastomose; f) método de sutura da ferida e g) utilização profilática de antibiótico no pós-operatório.

RESULTADOS

Não houve nenhum óbito e apenas 8 pacientes (25,8%) apresentaram complicações: houve infecção da ferida em cinco deles, duas fístulas fecais e um hematoma com deiscência da sutura. Dentre os pacientes com infecção e abscesso de parede, dois deles apresentaram posteriormente hernia incisional (Quadro 3).

QUADRO 3
COMPLICAÇÕES

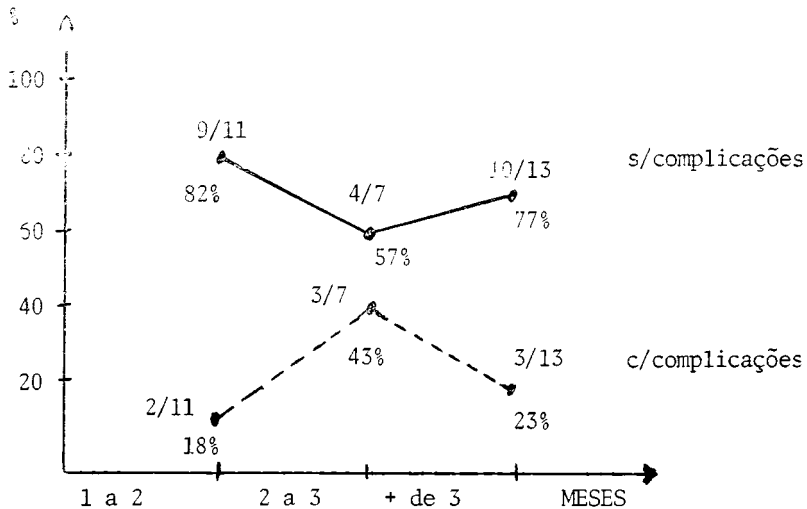
Infecção	5 *
Fístula fecal	2
Hematoma C/deiscência	1

* 2 pacientes apresentam posteriormente hernia incisional.



O intervalo médio entre a criação e o fechamento da colostomia foi de 3 meses, variando desde 37 dias até 6 meses; no 1.º grupo (1 a 2 meses), de um total de 11 pacientes, apenas 2 (18%) apresentaram complicações; no 2.º grupo (2 a 3 meses), 3 entre 7 pacientes (43%) evoluíram com complicações no pós-operatório e, finalmente, no 3.º grupo (mais de 3 meses), a morbidade foi de 23% (3 entre 13 pacientes) (Quadro 4), nenhum deles, no entanto, apresentando fístula fecal já que, as duas únicas do presente trabalho, ficaram distribuídas, uma em cada um dos 2 primeiros grupo.

QUADRO 4
COMPLICAÇÕES x INTERVALO ATÉ O FECHAMENTO



Dos 24 pacientes, cuja colostomia se focalizava no cólon transverso, apenas 1 deles apresentou fístula fecal (4,2%) enquanto que, nos 7 pacientes colostomizados no sigmóide, a presença também de uma única fístula, fez com que a morbidade subisse para 14,3% (Quadro 5).

QUADRO 5
LOCAL DA COLOSTOMIA x FÍSTULA FECAL

Autor	N.º Pacientes	Transverso	Sigmóide
Finch (5)	214	13/192 (6,8%)	7/22 (31,8%)
Knox (8)	179	19/99 (19,1%)	23/80 (28,7%)
Wheller e Barker (9)	74	11/69 (15,9%)	2/5 (40%)
Total	467	43/260 (11,9%)	32/107 (29,9%)
HC-UERJ	31	1/24 (4,2%)	1/7 (14,3%)



A técnica de sutura utilizada no fechamento da alça, em 26 pacientes, foi a de anastomose parcial com simples inversão da mucosa e reaproximação dos bordos; nos outros 5 pacientes foi realizada anastomose término-terminal. No 1.º grupo, a morbidade foi de 15,5%, com 3 infecções da ferida cirúrgica e uma fístula fecal, enquanto, no 2.º grupo, a morbidade foi de 60%, com 1 fístula e 2 infecções de parede (Quadro 6).

QUADRO 6

TÉCNICA DE SUTURA x COMPLICAÇÕES

Colostomia	Sutura	Infecção	Fístula	Tctal
Em alça 28	26 Anastomose 2 Parcial	3/26 (11,5%)	1/26 (4%)	4/26 (15,5%)
Terminal (Fístula mucosa) 2	↘ Anastomose			
Terminal (Hartmann) 1	↗ Término- Terminal	2/5 (40%)	1/5 (20%)	3/5 (60%)

O uso profilático de antibióticos no pós-operatório, esquema com Cloranfenicol e Cefalosporina por 3 a 5 dias, foi utilizado em 26 pacientes, grupo onde surgiram as complicações; nos 5 pacientes que não receberam antibióticos, a evolução pós-operatória foi normal (Quadro 7).

QUADRO 7

COMPLICAÇÕES x ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILÁTICA

Antibiótico	N.º pacientes	Infecção	Fístula
Sim	26	5	2
Não	5	0	0

Apesar de não fazer parte de nossa rotina, utilizamos dreno no subcutâneo em 3 pacientes, todos eles obesos, onde o descolamentos foi importante e onde existiu a possibilidade de contaminação. A evolução foi boa, sem complicações.

COMPLICAÇÕES

A — O sexo, a idade e a patologia base que motivou a realização da colostomia não foram fatores importantes no aparecimento de complicações, quando de seu fechamento;



B — A colostomia em FIE apresentou uma maior morbidade (14,3%), quando comparada com as transversostomias (4,3%), em relação às fístulas fecais. Observação semelhante foi feita anteriormente por Knox e cols (8) em pacientes com carcinoma, por Finch (5) que atribuiu a “fatores locais, incluindo a menor mobilidade do cólon sigmóide comparada à do cólon transverso e à natureza das fezes mais consistentes nesta região”, e por Anderson (2), que lembra muito bem a presença de uma flora bacteriana aumentada a este nível do cólon;

C — Nas colostomias “em alça”, deve-se sempre dar preferência ao fechamento por anastomose parcial, com simples inversão da mucosa, ao contrário da ressecção e anastomose término-terminal, mais susceptível à complicações; esta observação está de acordo com o trabalho de Beck e cols (3), cujos índices de complicações foram respectivamente de 9% e 24%. Segundo o autor, no simples fechamento da alça, o suprimento sanguíneo dos bordos é teoricamente preservado, pela manutenção da continuidade da parede mesentérica;

D — O intervalo entre a construção e o fechamento de uma colostomia pode variar, segundo alguns autores (6,7,8), dependendo da patologia base. No entanto, é sabido que, um maior índice de complicação aparece, quando este intervalo é menor que quatro semanas, quando ainda não houve regressão do edema e da reação inflamatória. Segundo Turnbull (1958), este seria o período de “morbidade colostômica” que pode durar até 10 semanas. Pelo presente estudo, acreditamos que este intervalo nunca deva ser menor que 6 semanas e, de preferência, após 3 meses;

E — Alguns autores, como Beck e cols (3), preferem o fechamento primário da ferida sem a utilização de drenos no subcutâneo, por ser menos incômodo ao paciente e oferecer resultados semelhantes ao de outros métodos. Outros autores (Adeyemo (1), Dolan (4) e Hines (7)) deixam a ferida aberta, para que o fechamento se dê por segunda intenção, justificando a maior segurança ao paciente, oferecida pelo método; e há os que de rotina, deixam dreno no subcutâneo, como Garnjobst (6), que não refere qualquer complicação local em 63 pacientes de sua série.

Nós preferimos a sutura primária, só utilizando drenos em situações especiais, já que, uma inspecção diária da ferida cirúrgica nos permite detectar, precocemente, qualquer sinal de infecção, o que nos leva a retirar 1 ou 2 pontos, para que a drenagem se processe. Por isto, todos os 5 pacientes



que tiveram suas feridas infectadas, não chegaram a apresentar abscessos de parede.

F — Não acreditamos que, a administração parenteral de antibióticos seja fator importante na prevenção das infecções, já que, os 5 pacientes que não fizeram uso dos mesmos, evoluíram sem problemas. Outros autores também chegaram a esta conclusão, como Anderson e cols (2), por exemplo.

Enfim, esperamos que, cada vez mais, o fechamento de uma colostomia mereça a atenção e o cuidado dos cirurgiões, em especial dos proctologistas, dispensados a qualquer outra cirurgia abdominal, cujo potencial de infecção é alto e cuja morbidade e mesmo mortalidade somente tenderão a aumentar, se normas especiais não forem respeitadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Adeyemo, A., W. E. Gaillard, S. D. ali, T. Calhoun, L. H. Kurtz — Colostomy, intraperitoneal or extraperitoneal closure? *Am. J. Surg.*, 130:273, 1975.
2. Anderson, E., L. C. Sarey, M. Cooperman — Colostomy closure: a simple procedure? *Dis. Colon Rectum*, 22:466, 1979.
3. Beck, P. H.; H. B. Conklin — Closure of Colostomy. *Ann. Surg.*, 181:795, 1975.
4. Dolan, P. A.; F. T. Caldwell, C. H.; Thompson, K. C. Westbrook — Problems of Colostomy closure. *Am. J. Surg.*, 137:188, 1979.
5. Finch, D. R. A. — The results of Colostomy closure. *Br. J. Surg.*, 63:397, 1976.
6. Garnjobst, W.; G. H. Leaverton, E. S. Sullivan — Safety of Colostomy closure. *Am. J. Surg.*, 136:85, 1978.
7. Hines, J. R.; G. D. Harris — Colostomy and Colostomy closure. *Surg. Clin. North Am.*, 57:1379, 1977.
8. Knox, A. J. S.; F. D. H. Birkett, C. D. Collins — Closure of Colostomy. *Br. J. Surg.*, 58:69, 1971.
9. Kretscher, K P. — The intestinal stoma. 93:103, 1978.

