

## EVISCERAÇÃO TRANSCOLOSTÔMICA - RELATO DE CASO

PAULO ROBERTO CORSI, ASBCP  
GUIDO LANTERMO  
CELINA SIQUEIRA B. PEREIRA  
SAMIR RASSLAN

---

CORSI PR, LANTERMO G, PEREIRA CSB & RASSLAN S - Evisceração transcolostômica - Relato de caso. *Rev Bras Colo-Proct*, 1991; 11(3): 98-100.

**RESUMO:** Os autores relatam um caso de o doente com colostomia terminal em flanco esquerdo, que apresentou evisceração e necrose do intestino delgado através da alça da colostomia por uma perfuração da parede colônica. Apesar do baixo índice de mortalidade, referências e complicações precoces e tardias das colostomias são freqüentes, porém não encontramos na literatura a evisceração transcolostômica como complicação tardia.

**UNITERMOS:** colostomia; evisceração

---

Colostomia é definida como uma operação para formação de uma abertura artificial do cólon. De acordo com Turnbull (13), foi realizada pela primeira vez por Pillore, em 1776, em um doente com obstrução maligna do reto, e desde então vem sendo aperfeiçoada.

Diversas técnicas de colostomia têm sido realizadas na prática cirúrgica como complementação de uma série de cirurgias, com resultados e taxa de morbidade variáveis (2, 10, 11).

As colostomias, embora se constituam num procedimento simples, comportam um alto índice de complicações que varia de 21 a 44% (4, 7, 8, 10, 12). Alguns fatores, como a doença de base, contribuem para o aparecimento de complicações. A moléstia de Crohn e a isquemia intestinal alcançam os índices mais altos de complicações imediatas (3, 7). A obesidade e o espessamento do mesmo

tornam o descolamento do cólon tecnicamente mais difícil, que, associado ao aumento do pâncreo com maior tração do meso, determinam diminuição do fluxo sanguíneo. A contaminação cirúrgica, sua realização na urgência (12), aumentam o número de complicações (4, 7). Por outro lado, a localização da colostomia e o segmento intestinal exteriorizado não interferem no aparecimento de complicações (7).

As complicações que se seguem a uma colostomia tanto podem aparecer no pós-operatório imediato como tardiamente em qualquer tempo após a realização da cirurgia. As complicações tardias mais freqüentes são a estenose, o prolapso e as hérnias paracolostômicas (1, 2, 3, 4, 12).

O encontro de uma complicação rara (evisceração transcolostômica), num paciente submetido a colostomia na urgência por volvo de sigmóide, levou os autores a apresentar esse caso.

### Relato do caso

RDL, Reg. hospitalar: 316.675, masculino, 33 anos, natural e procedente da Bahia. Há três meses havia sido submetido a cirurgia no nosso serviço por volvo de sigmóide com necrose e perfuração da transição reto-sigmóide, quando foi realizada a sigmoidectomia, fechamento do coto retal e colostomia do descendente em flanco esquerdo. O exame anatomopatológico mostrou megacólon com distúrbio circulatório, necrose, perfuração e peritonite aguda.

Deu entrada no serviço de emergência com história de 10 horas de saída de alças intestinais com coloração escurizada pela colostomia, acompanhada de dor local. Ao exame observaram-se várias alças de intestino delgado, de aspecto necrosado, exteriorizadas através da colostomia em flanco esquerdo, que também se apresentava com aspecto necrosado e exercia compressão no meso das alças (Figs. 1 e 2).

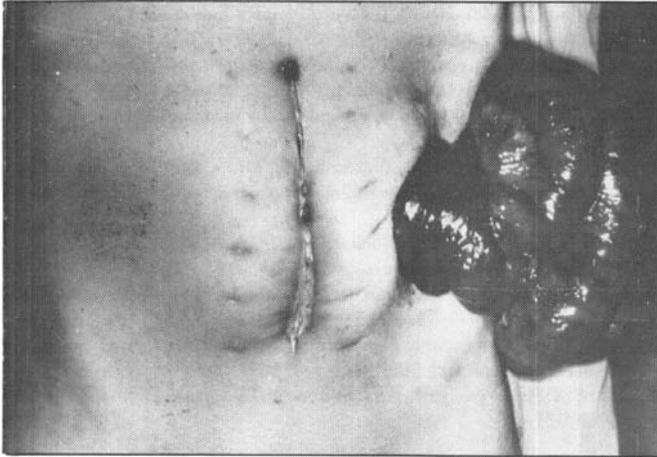


Fig. 1 - Cicatriz cirúrgica anterior e colostomia terminal em flanco esquerdo, com evisceração de alças de delgado através da alça da colostomia.

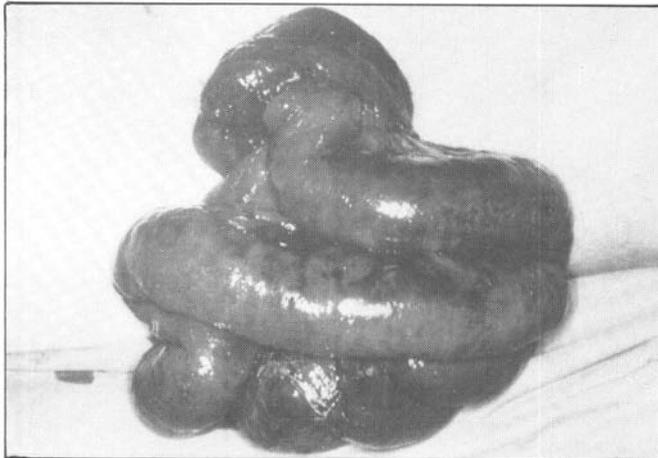


Fig. 2 - Detalhe da colostomia com a evisceração e compressão do mesentério. As alças de delgado e a colostomia estão necrosadas.

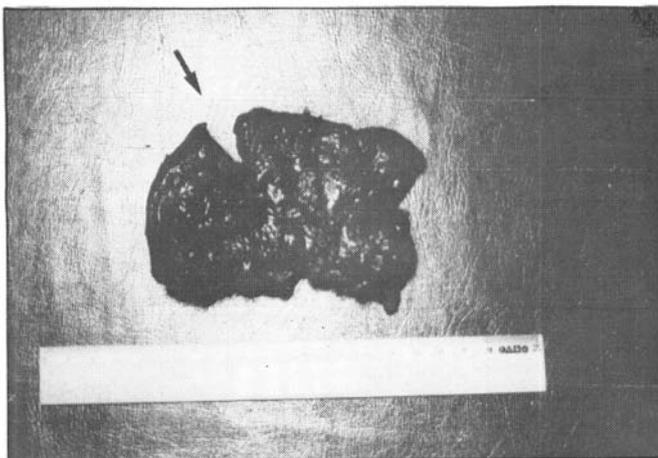


Fig. 3 - Peça do cólon ressecada, mostrando necrose da alça, e solução de continuidade da parede por onde ocorria a evisceração.

Submetido a laparotomia exploradora, foi reduzida a evisceração e feita a ressecção do segmento intestinal necrosado com anastomose jejuno-jejunal. Foi ressecada a porção necrosada do cólon e refeita a colostomia em flanco esquerdo. Na parede do cólon foi identificada uma perfuração da parede pela qual se exteriorizavam as alças de delgado (Fig. 3).

## DISCUSSÃO

Embora a mortalidade da colostomia seja baixa e raramente relacionada ao procedimento, os índices de complicações precoces e tardias continuam altos, apesar dos avanços das técnicas cirúrgicas.

O índice de morbidade é acrescido pelas complicações não relacionadas diretamente à colostomia, como abscesso intra-cavitário ou perineal, embolia pulmonar, fístula, deiscência, sangramento, evisceração, tromboflebite e aderências, que ocorrem em cerca de 11% dos casos (9, 11).

Encontramos na literatura uma referência à complicação semelhante à por nós relatada. Gurfinkiel e Lababidi (6), em 1988, publicaram o caso de um doente de 80 anos, que foi admitido no serviço de emergência em estado de choque, com alças de delgado exteriorizadas e estranguladas por um orifício na transição cutâneo-mucosa de uma colostomia em flanco esquerdo. Essa complicação surgiu na evolução de uma hérnia paracolostômica não tratada.

Tanto no caso acima descrito como no do nosso paciente não houve relato de traumatismo externo, como irradiação, enema opaco ou manipulação iatrogênica, em que os mesmos pudessem explicar a perfuração.

Podemos atribuir a perfuração à provável compressão da alça do cólon exercida pelo intestino delgado, com isquemia, formação de escara e conseqüente perfuração. A compressão exercida pela colostomia, estrangulando o meso das alças de delgado, foi o fator determinante da isquemia e necrose.

A freqüência com que as colostomias são realizadas e a importância das complicações precoces e tardias justificam a descrição desta complicação.

---

CORSI PR, LANTERMO G, PEREIRA CSB & RASSLAN S - Trans-colostomy evisceration - A case report.

**SUMMARY:** The authors report a case of a patient who presented with evisceration and necrosis of a small bowel segment through a left flank colostomy. The evisceration took place through a loop formed by a perforation on the wall of the colon. Although the mortality rate of colostomies is low, early and late

complications are frequently reported. We have not found any reference in the literature about evisceration in colostomies.

**KEY WORDS:** colostomy; evisceration

---

REFERÊNCIAS

1. Allen-Mersh TG, Thomson JPS. Surgical treatment of colostomy complications. *Br J Surg* 1988; 75: 416-418.
2. Burns FJ. Complications of colostomy. *Dis Colon Rectum* 1970; 13: 448-450.
3. Carlstedt A, Fasth S, Hulten L, Nordgren S, Palselius I. Longterm ileostomy complications in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Int J Colorect Dis* 1987; 2: 22-25.
4. Hammacher ER, Jansen A, Drubers C. Complicaties by stoma-chirurgie. *N Tv G* 1984; 128: 292-295.
5. Jacob RA, Pace WG, Thomford NR. The hazards of a permanent ileostomy. *Arch Surg* 1969; 99: 549-552.
6. Lababidi A, Gurfinkiel M. Case d'une complication exceptionnelle d'un anus iliaque gauche terminal. *Ann Chir* 1988; 42: 690.
7. Leenen LPH, Kuypers JHC. Some factors influencing the outcome of stoma surgery. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 500-504.
8. Miles RM, Greene RS. Review of colostomy in a community hospital. *Am Surg* 1983; 49: 182-186.
9. Mirelman D, Corman ML, Veidenhismer MC. Colostomies - Indications and contraindications: Lahey Clinic experience 1963-1974. *Disc Colon Rectum* 1978; 21: 172-176.
10. Porter JA, Salvati EP, Rubin RJ, Eisenstar TE. Complications of colostomies. *Disc Colon Rectum* 1989; 32: 299-303.
11. Saha SP, Rao N, Stephenson Jr. SE. Complications of colostomy. *Dis Colon Rectum* 1973; 16: 515-516.
12. Stothert JC, Brubacher L, Simonowitz DA. Complications of emergency stoma formation. *Arch Surg* 1982; 117: 307-309.
13. Turnbull RB, Weakly FL. *Atlas of Intestinal Stomas*. St. Louis: CV Mosby 1967: 131.

**Endereço para correspondência:**

Paulo Roberto Corsi  
Rua das Flechas, 705 - Jardim Prudência  
04364 - São Paulo - SP