

# HÉRNIAS PARACOLOSTÔMICAS

ANGELITA HABR-GAMA  
MAGALY GEMIO TEIXEIRA  
HÉLIO RAIÁ VASCONCELOS Jr.

HABR-GAMA A, TEIXEIRA MG & VASCONCELOS Jr. HR - Hérnias paracolostômicas. *Rev bras Colo-Proct*, 1993; 13 (4): 133-135

**RESUMO:** Os autores apresentam os resultados da correção de hernia paracolostômica em 12 pacientes. Cinco foram operados com transposição da colostomia para outra localização, sendo que em três mudou-se a colostomia para o outro lado do abdômem e em dois para a área vizinha. Sete pacientes foram submetidos a correção da hérnia mantendo a mesma localização da colostomia, com reforço de tela sobre a aponeurose. Os resultados foram satisfatórios em todos os pacientes, independente da técnica empregada. Não houve complicações pós-operatórias. Face aos resultados obtidos, acreditamos ser desnecessário o reposicionamento sistemático da colostomia.

**UNITERMOS:** hérnias paracolostômicas; colostomia; hérnias

A hérnia paracolostômica é complicação relativamente freqüente das colostomias definitivas. Torna difícil ou impossível a fixação das bolsas coletoras e impede a irrigação da colostomia, prejudicando a qualidade de vida dos pacientes. O aumento de volume da região herniada deforma a imagem corporal já alterada pela presença da colostomia. Além destes inconvenientes, produz dor e desconforto abdominal e, eventualmente, pode encarcerar.

Várias técnicas têm sido propostas para sua correção. Apresentamos os resultados obtidos em 12 pacientes, dos quais cinco foram operados com transposição da colostomia para outra localização e sete foram submetidos a correção da hérnia, mantendo a mesma localização da colostomia.

## CASUÍSTICA, TÉCNICAS E RESULTADO

Doze pacientes com hérnias paracolostômicas volumosas foram por nós operados nos últimos 18 anos. Três eram do sexo masculino e nove do feminino. Dezessete pacientes haviam sido submetidos à amputação abdômino-perineal do reto por neoplasia e uma por doença de Cröhn.

Os cinco primeiros pacientes foram submetidos a preparo mecânico clássico do cólon com dieta, laxativos e lavagens (2); os sete últimos, com preparo anterógrado, sendo cinco com manitol a 10% (9) e dois com polietilenoglicol (12) e antibioticoterapia profilática (8).

*Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia do Cólon, Reto e Ânus da Disciplina de Cirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.*

Nos cinco primeiros pacientes, a correção da hérnia paracolostômica foi feita mudando-se o local da colostomia para área vizinha em dois pacientes e para o outro lado do abdome em três. Realizaram-se a liberação da colostomia, dissecação do saco herniário, fechamento da aponeurose e reposicionamento da colostomia.

Nos sete doentes operados mais recentemente, optou-se por manutenção da sede da colostomia. A técnica utilizada baseou-se na descrita por Rosin e Bonardi (20), variando quanto ao tipo de tela utilizada. Realiza-se incisão circunferencial ao estoma na pele e tecido subcutâneo até chegar ao saco herniário. A incisão pode ser ampliada longitudinalmente (Fig. 1). Coloca-se pinça de coprostase na extremidade distal da ostomia para evitar a contaminação do campo operatório com conteúdo intestinal. O saco herniário é dissecado e isolado das estruturas vizinhas e seu conteúdo, geralmente epíploon e alças intestinais, reintroduzido na cavidade abdominal. A abertura para passagem do cólon é fechada com pontos separados com fio inabsorvível na aponeurose até ficar pérvia apenas para esta alça intestinal (Fig. 2). A remoção do excesso de cólon é feita quando necessário. Um segmento de tela de dura-máter é recortado de modo a cobrir a área da herniação, fazendo-se uma abertura central por onde é introduzido o cólon sigmóide. Esta abertura deve permitir apenas a passagem do cólon, sem isquemiá-lo, impedindo a passagem de outras estruturas. A tela é, então, suturada com pontos separados com fio inabsorvível à aponeurose (Fig. 3). A hemostasia deve ser cuidadosa ou, quando necessário, deixa-se dreno exteriorizado por contra-abertura. O tecido subcutâneo é aproximado para evitar espaço morto, a pele suturada e a colostomia maturada da forma habitual (Fig. 4).

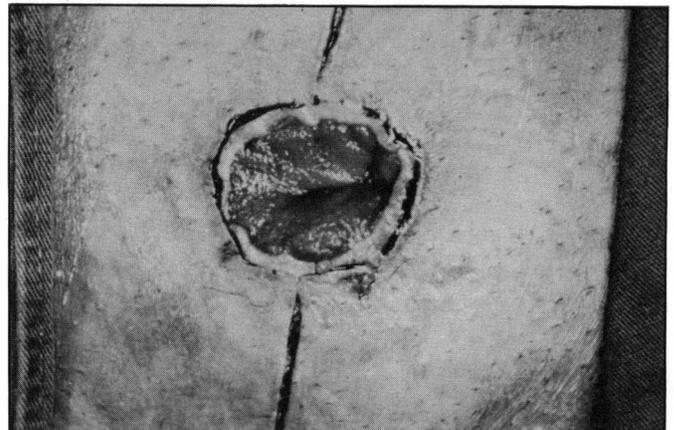


Fig. 1 - Incisão circunferencial ao estoma, ampliada longitudinalmente.

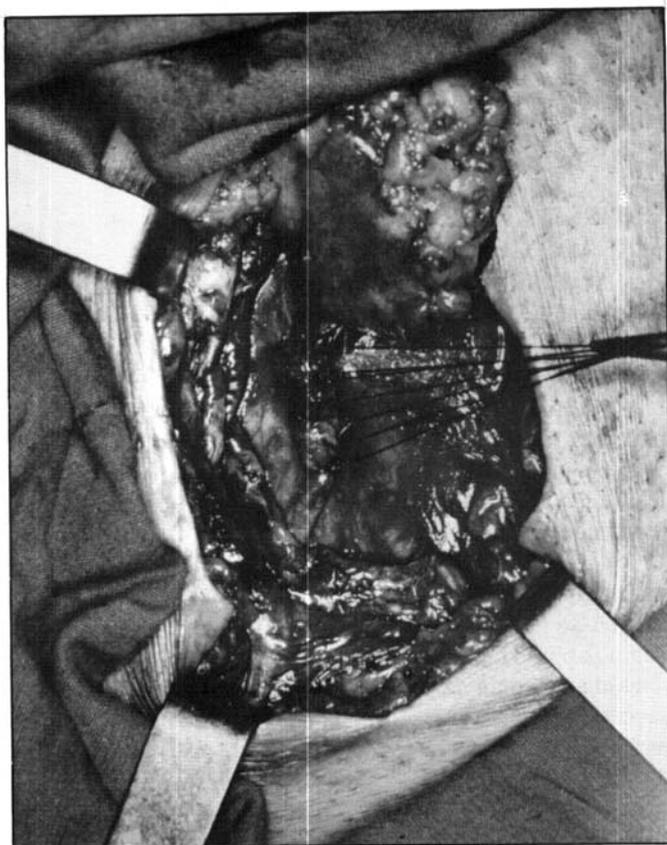


Fig. 2 - Aspecto da aponevrose já suturada.

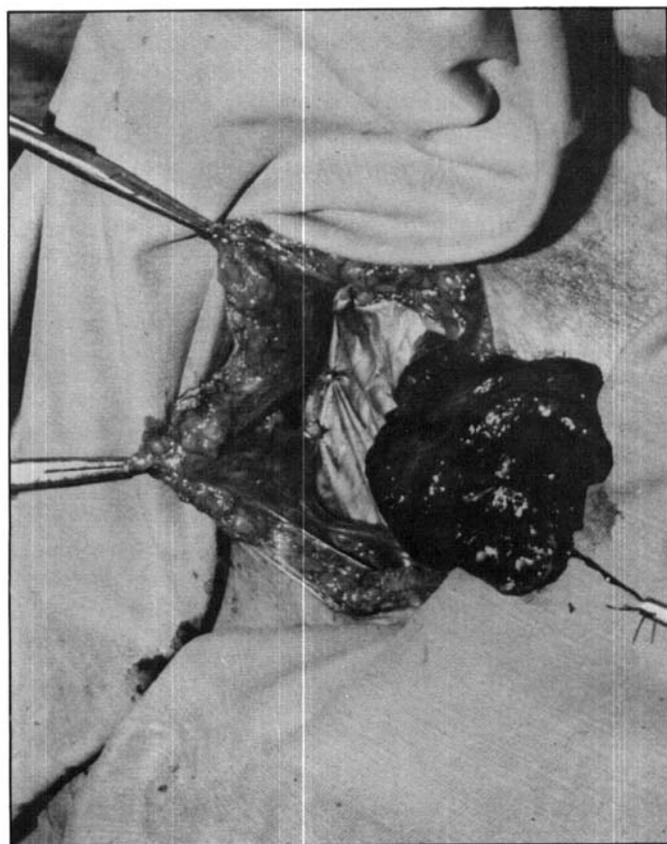


Fig. 3 - Tela de dura-máter fixada sobre a aponevrose.

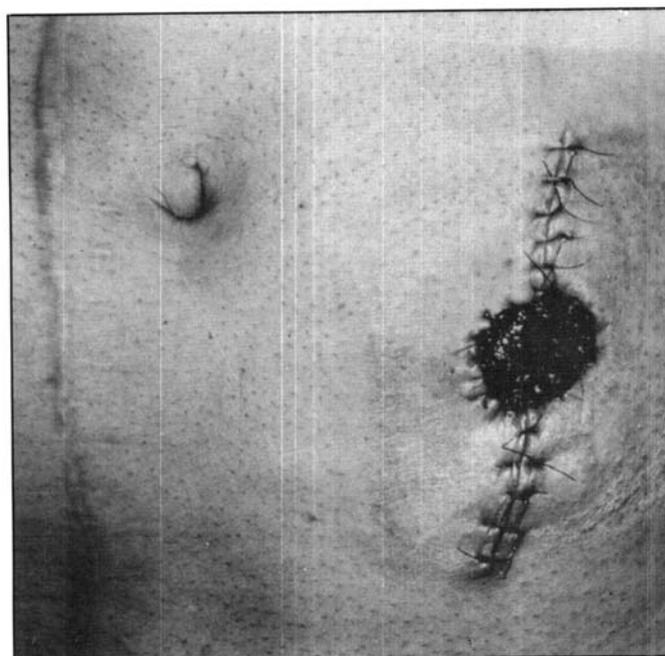


Fig. 4 - Aspecto final da incisão.

Os resultados foram satisfatórios em todos os pacientes, independente da técnica empregada. Não houve complicações pós-operatórias. Não ocorreram recidivas da hérnia neste grupo de pacientes.

### COMENTÁRIOS

Os grandes avanços técnicos da cirurgia nos últimos anos têm colaborado para que as colostomias definitivas sejam indicadas em número cada vez menor. O tratamento do câncer do ânus com esquemas de quimio e radioterapia tem evitado tratamento cirúrgico em proporção considerável de doentes (11, 16, 18, 22). Quanto ao câncer do reto, o uso das suturas mecânicas permite a preservação do aparelho esfinteriano em número significativo de doentes (5, 6, 7, 10, 13, 17, 25). Novos conceitos no tratamento do câncer têm permitido a ressecção local em casos selecionados (23). Estudos estão sendo feitos com o objetivo de pesquisar os efeitos de esquemas combinados de quimio e radioterapia para o tratamento das neoplasias do terço distal do reto. Esta é uma tentativa de evitar o tratamento cirúrgico ou então de permitir que pacientes inicialmente encaminhados para uma amputação abdômino-perineal do reto possam ser submetidos a operações de preservação esfinteriana.

Apesar de todos estes esforços, número considerável de pacientes necessitam conviver com colostomia. Estas são passíveis de complicações imediatas e tardias. Dentre estas últimas, as mais frequentes são: estenose, retração, prolapso e hérnias. A hérnia é do tipo incisional, no qual o cólon e mesmo alças de intestino delgado protendem no tecido subcutâneo adjacente ao estoma. A superfície mucosa do estoma não é afetada. É conseqüente a falha técnica na feitura da colostomia, por posicionamento ou confecção inadequados, fraqueza dos tecidos, aumento da pressão abdominal por obesidade, deiscência das suturas ou cicatrização defeituosa por infecção de parede. Sua incidência oscila entre 2%

e 8,6% (3, 4, 14). Alguns autores consideram que um terço dos doentes desenvolverão algum grau de herniação após seis anos da feitura da colostomia e que a incidência final oscilará em torno de 50% (15).

A correção pode ser feita mudando-se a localização da colostomia ou mantendo-se esta e reforçando-se a parede abdominal. Vários autores têm relatado suas experiências com a manutenção da colostomia na mesma localização. Thorlakson (24) sugere abordagem por incisão semicircular distante cerca de 5 cm do estoma, não associando tela. Sugarbaker (21), embora mantendo a localização da colostomia, faz abordagem por laparotomia e associa tela de Marlex. Abdu (1) realiza incisão circular distante 2 cm da colostomia e amplia longitudinalmente a incisão para melhor abordagem da hérnia. Completa o reforço com tela de Marlex. Alguns autores observaram recidiva da hérnia em três pacientes em que o local da colostomia foi mantido, porém sem reforço da parede abdominal com material sintético (19).

Nos casos desta casuística, operados mais recentemente em que empregamos tela de dura-máter homóloga ou heteróloga, conseguiu-se uma reconstituição da parede muito sólida. A manutenção da colostomia no mesmo lugar tem vantagens. A operação limita-se à área do estoma, evitando assim uma nova laparotomia como nos casos em que se optou pela mudança da sede. Representa pós-operatório menos doloroso e uma cicatriz a menos, o que foi particularmente importante no paciente com doença de Cröhn, que pode vir a necessitar de novas operações e, eventualmente, de uma ileostomia. Quando a localização da colostomia é mudada, existe a possibilidade do paciente desenvolver nova hérnia. O reparo bem feito com a tela teoricamente impediria o aparecimento de novas herniações. O uso da tela é fácil e seguro. Não verificamos rejeição ou contaminação em nenhum dos sete casos operados.

De maneira geral, os resultados foram satisfatórios, independente da técnica utilizada. Assim, o cirurgião deve empregar aquela que produza resultados funcionais e estéticos satisfatórios e menor agressão cirúrgica ao paciente.

Em face dos resultados obtidos, acreditamos ser desnecessário o reposicionamento sistemático da colostomia. A manutenção da localização da colostomia com reforço por tela nos parece ser a escolha ideal.

**HABR-GAMAA, TEIXEIRA MG & VASCONCELOS Jr. HR - Paracolostomy hernias.**

**SUMMARY:** The authors presents the results of repair of paracolostomy hernias in 12 patients. Five were operated on with translocation of the colostomy, in three to the other side of the abdomen and in two to the area near the colostomy. Seven patients were operated on to repair the paracolostomy hernia keeping the colostomy in the same place, using a prosthetic mesh repair. The results were good in all patients no matter which technique was employed. There was no morbidity. The authors believe that the replacement of the colostomy is not always necessary.

**KEY WORDS:** paracolostomic hernia; colostomy; hernia

## REFERÊNCIAS

1. Abdu RA. Repair of paracolostomy hernias with Marlex mesh. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 529-531.
2. Brunetti Netto C, Habr-Gama A, Souza Jr. AHS, Bocchini SF, Pinotti HW. Estudo prospectivo randomizado de preparo intestinal para operações eletivas do cólon e reto pelo método convencional de laxativos e enemas e pela administração oral de solução de manitol a 10%. *Rev bras Colo-Proct* 1988; 8: 17-21.
3. Burns FJ. Complications of colostomy. *Dis Colon Rectum* 1970; 13: 448.
4. Habr A, Simonsen O, Raia A, Corrêa Neto A. Colostomias. Considerações gerais. *Rev Med* 1961; 45: 221-232.
5. Habr-Gama A. Indicações e resultados da retocolectomia abdominoanoal no tratamento do câncer do reto. São Paulo, 1972. Tese (Livre-Docência). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
6. Habr-Gama A. Preservação do aparelho esfinteriano no câncer do reto. Necessária ou desejável? (editorial). *Rev bras Colo-Proct* 1991; 11: 45-47.
7. Habr-Gama A. Radicalidade x manutenção do aparelho esfinteriano no câncer do reto. In: *Complicações em Cirurgia*. Margarido NF, Saad Jr. R, Ceconello I e col. São Paulo. Robe Livraria e Editora 1993: 287-295.
8. Habr-Gama A, Gama-Rodrigues JJ, Nóbrega TV, Teixeira MG, Campos F, Mucirino D, Filho JPP, Pinotti HW. Profilaxia da infecção em cirurgia colorretal eletiva-cefoxitina ou metronidazol em três doses. *Rev bras Colo-Proct* 1983; 3: 83-89.
9. Habr-Gama A, Gama-Rodrigues JJ, Teixeira MG, Alves PRA, Ventura TCM, Quintanilha AG, Glezer M, Katz A. Preparo intestinal pela ingestão de manitol a 10%. *Rev bras Colo-Proct* 1981; 1: 84.
10. Habr-Gama A, Sousa Jr AHS. Anastomoses mecânicas. Princípios técnicos. *ABCD Arq Bras Cir Dig* (São Paulo) 1988; 3: 111-112.
11. Habr-Gama A, Sousa Jr. AHS, Nadalin W, Gansl R, Silva JH, Pinotti HW. Epidermoid carcinoma of the anal canal. Results of treatment by combined chemotherapy and radiation therapy. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 773-777.
12. Habr-Gama A, Vieira MJF, Souza JAS, Alves PRA, Travassos VHCR, Gama-Rodrigues JJ, Pinotti HW. Preparo intestinal para cirurgia colorrectal. Estudo prospectivo do uso de solução eletrolítica contendo polietileno glicol. *ABCD Arq Bras Cir Dig* (São Paulo) 1987; 2: 3-8.
13. Jones PF, Thompson HJ. Long term results of a consistent policy of sphincter preservation in the treatment of carcinoma of the rectum. *Br J Surg* 1982; 69: 564-568.
14. Kronborg O, Kramhöft J, Backer O, Sprechler M. Late complications following operations for cancer of the rectum and anus. *Dis Colon Rectum* 1974; 17: 750.
15. Marks CG, Ritchie JK. The complications of synchronous combined excision for adenocarcinoma of the rectum at St. Mark's Hospital. *Br J Surg* 1975; 62: 901.
16. Miller EJ. Treatment of squamous cell carcinoma of the anal canal. *Cancer* 1991; 67: 2038-2041.
17. Nicholls RJ, Ritchie JK, Wadsworth J et al. Total excision or restorative resection for carcinoma of the middle third of the rectum. *Br J Surg* 1989; 66: 625-627.
18. Nigro ND, Seydel G, Considine B, Vaitkevicious VK, Leichman L, Kinzie JJ. Combined preoperative radiation and chemotherapy for squamous cell carcinoma of the anal canal. *Cancer* 1983; 51: 1826-1829.
19. Prian GW, Sawyer RB, Sawyer KC. Repair of peristomal colostomy hernias. *Am J Surg* 1975; 130: 694-696.
20. Rosin JD, Bonardi RA. Paracolostomy hernia repair with Marlex mesh: a new technique. *Dis Colon Rectum* 1977; 20: 299-302.
21. Sugarbaker PH. Prosthetic mesh repair of large hernias at the site of colonic stomas. *Surg Gynecol Obstet* 1980; 150: 577-578.
22. Tanum G, Tveit K, Karlson KO, Hauer-Jensen M. Chemotherapy and radiation therapy for anal carcinoma. *Cancer* 1991; 67: 2462-2466.
23. Teixeira MG, Habr-Gama A. Tratamento do câncer do reto por ressecção local transanal. *ABCD* 1990; 5(supl. 1): 68-70.
24. Thorlakson RH. Technique of repair of herniations associated with colonic stomas. *Surg Gynecol Obstet* 1965; 120: 347-350.
25. Williams NS. Changing patterns in the treatment of rectal cancer. *Br J Surg* 1989; 76: 5-6.

Endereço para correspondência:

Magaly G. Teixeira  
Rua Pensilvânia, 520 ap. 201 - Brooklin Novo  
04564-001 - São Paulo - SP