

ABRIL / JUNHO 2006

ARTIGOS ORIGINAIS

## É NECESSÁRIO O ESTUDO DO CÓLON NO FECHAMENTO DE COLOSTOMIAS?

HENRIQUE FRANCISCO DE SOUZA E SOUZA<sup>1</sup>, HERNÁN AUGUSTO CENTURIÓN SOBRAL<sup>1</sup>, ENZO MARTINS TAGLIETTI<sup>1</sup>, ELISÂNGELA PLAZAS MONTEIRO<sup>1</sup>, MARÍLIA REZENDE VON SONNLEITHNER GAMA<sup>1</sup>, GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, São Paulo-SP, Brasil*

SOUZA HFS, SOBRAL HAC, TAGLIETTI EM, MONTEIRO EP, GAMA MRVS, FORMIGA GJS. É Necessário o Estudo do Cólon no Fechamento de Colostomias? **Rev bras Coloproct**, 2006;26(2): 118-122.

**RESUMO:** O estudo pré-operatório do cólon para fechamento de colostomias em alça devido a trauma ainda é controverso. A pesquisa de alterações anatômicas pós-traumáticas do cólon entra em conflito com os custos, o desconforto e a morbidade dos exames. **Objetivo:** avaliar o fechamento de colostomia em alça, sem estudo pré-operatório do cólon **Método:** foram analisados 51 pacientes do sexo masculino, no período de janeiro a junho de 2005, portadores de colostomia em alça confeccionada após traumatismo. Todos foram submetidos a fechamento de colostomia sem estudo do cólon, seja por colonoscopia ou enema opaco. **Resultados:** a média de idade foi de 26,5 anos. O tempo de permanência da colostomia foi, em média, 42,2 meses, sendo o flanco esquerdo a localização mais comum (66,7%). Houve 16 casos (31,4%) de hérnia para-colostômica e 14 casos (27,5%) de prociência de colostomia. A morbidade foi de 13,7% e mortalidade ausente. As complicações mais frequentes foram hematoma (7,8%) e infecção (3,9%) de ferida operatória e um caso de deiscência de anastomose (1,9%). **Conclusão:** não é necessário o estudo do cólon pré-operatório de forma rotineira no paciente portador de colostomia em alça, após lesão traumática.

**Descritores:** Fechamento de colostomia, colostomia em alça, enema opaco, colonoscopia.

### INTRODUÇÃO

Desde a Segunda Guerra Mundial, as colostomias temporárias vêm sendo utilizadas de forma rotineira como tratamento para ferimentos traumáticos colorretais<sup>1</sup>.

O fechamento de colostomia em alça é geralmente visto pela maioria dos cirurgiões como procedimento de fácil execução, entretanto, a literatura relata taxas de morbidade que variam de 10 a 49%<sup>2,3</sup>.

O estudo pré-operatório do cólon, radiológico ou endoscópico, ainda é controverso, porém

*Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, São Paulo-SP, Brasil*

*Recebido em 23/12/2005*

*Aceito para publicação em 13/02/2006*

publicações recentes vêm questionando a real necessidade destes exames <sup>4,5</sup>.

O objetivo deste trabalho é avaliar fechamento de colostomia em alça pós lesão traumática sem o estudo pré-operatório do cólon .

## PACIENTES E MÉTODO

Foi realizado estudo prospectivo de 51 pacientes do sexo masculino procedentes do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo e portadores de colostomia em alça por ferimento traumático colorretal, sendo submetidos ao fechamento de colostomia no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, no período de janeiro a junho de 2005.

Procedeu-se ao exame clínico admissional de rotina, que consistia em avaliação da ostomia e exame proctológico com inspeção, toque retal, anoscopia e retoscopia. Hemograma, coagulograma e radiografia simples do tórax foram solicitados em todos os casos e demais exames complementares, nos casos em que eram pertinentes. Os pacientes não realizaram estudo pré-operatório do cólon por enema opaco ou colonoscopia.

Todos os pacientes realizaram preparo do cólon via anterógrada e retrógrada. Foi administrado 1000 ml de solução de manitol 10% na véspera da cirurgia. O segmento excluído foi irrigado com 1000 ml de solução glicerinada a 12%, quer por via retal ou via colostomia, o que nos dava noção da perviedade intestinal.

A anestesia utilizada foi geral e todos os pacientes receberam antibioticoprofilaxia com 500 mg de metronidazol, 1g de ampicacina e 1g de ampicilina, 30 minutos antes da indução anestésica.

As variáveis estudadas foram idade, tipo do trauma colorretal, local do estoma, tempo de permanência e avaliação ectoscópica da ostomia, técnica cirúrgica e evolução pós-operatória.

## RESULTADOS

A média de idade foi de 26,5 anos, variando de 17 a 42 anos. O trauma que levou a confecção da ostomia foi ferimento por arma de fogo em 49 pacientes (96%).

A localização mais freqüente da ostomia foi o flanco esquerdo em 34 pacientes (66,6%), seguido pelo hipocôndrio direito (15,6%), flanco direito e fossa ilíaca direita (7,8%) e hipocôndrio esquerdo (1,9%). (Figura-1).

O tempo médio de permanência da colostomia foi de 42,2 meses, variando de 2 meses a 10 anos. Aproximadamente 50% dos pacientes tinham a ostomia há mais de três anos. (Figura-2)

As complicações tardias da confecção da ostomia mais prevalentes foram procidência e hérnia paracolostômica, em 12% e 16% dos casos, respectivamente, estando associadas em 16%.

O fechamento da colostomia foi feito com anastomose em plano único extra-mucoso com pontos

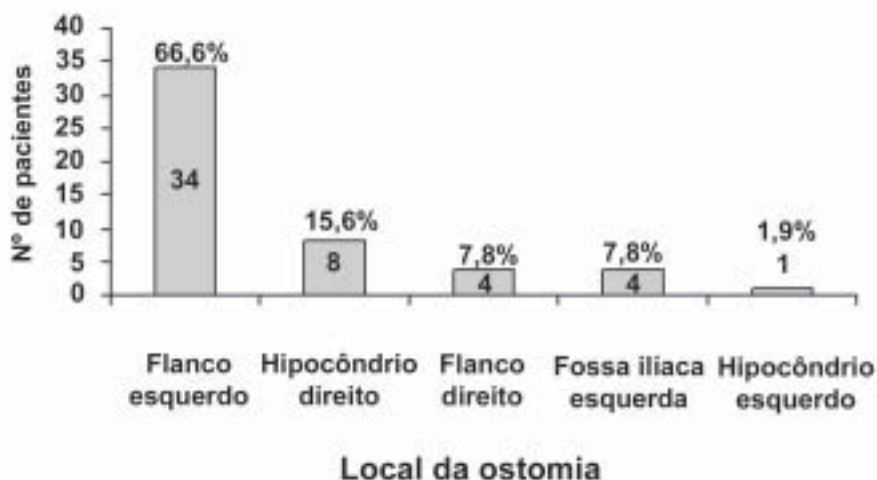


Figura 1 – Localização da ostomia na parede abdominal.

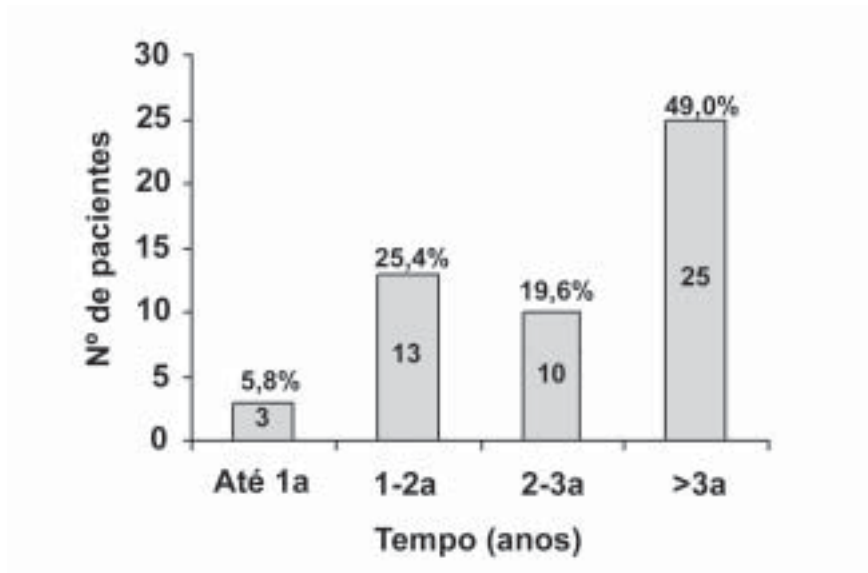


Figura 2 – Tempo de permanência da ostomia.

contínuos ou separados de fio inabsorvível (nylon, polipropileno ou algodão 3-0) ou em dois planos, sendo o primeiro muco-mucoso contínuo com fio absorvível (poligalactina 4-0) e o segundo plano conforme descrito anteriormente. Em 8 pacientes (16%), houve a necessidade de realizar ressecção de pequeno segmento intestinal, não mais que 5cm, devido à lesão inadvertida durante a dissecação por intensa fibrose peri-colostômica e pontos de fixação aponeuróticos ou por desproporção das bocas a serem anastomosadas.

Setenta e seis por cento dos pacientes receberam dieta no primeiro dia de pós-operatório, seguido de 16% no segundo e 8% no terceiro. A dieta era introduzida na vigência de ruídos hidroaéreos propulsivos, ausência de vômitos e presença de eliminação de gases ou fezes.

Houve sete complicações imediatas, totalizando 13,7% da amostra, sendo quatro hematomas, duas infecções de ferida operatória e uma deiscência de anastomose, que foi abordada cirurgicamente. Não houve mortalidade. (Figura-3)

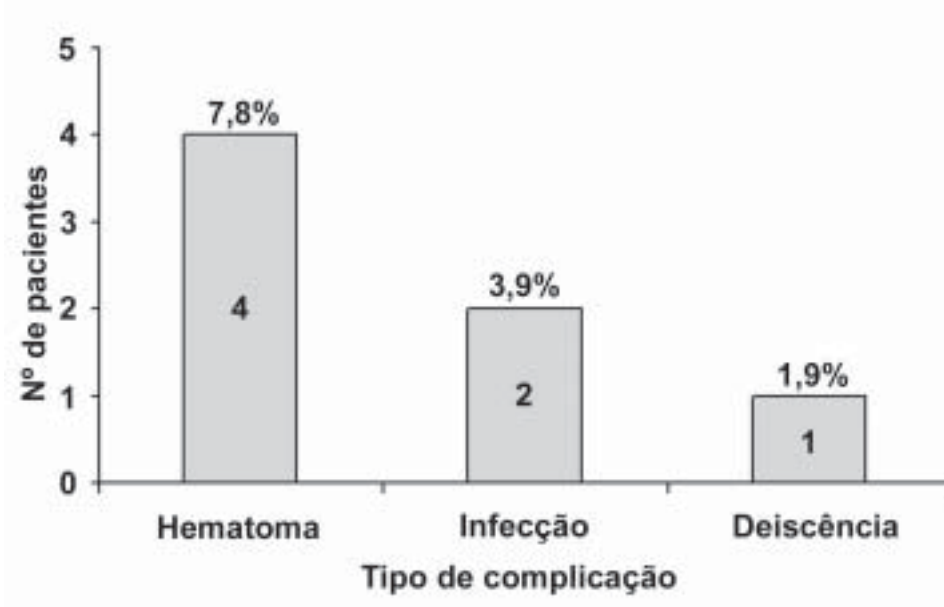


Figura 3 – Distribuição das complicações.

A alta hospitalar foi concedida após boa aceitação dietética e funcionamento intestinal adequado. Desta forma, 84% dos pacientes receberam alta entre o 3º e 5º pós-operatório (PO) e apenas 16% após o 5º PO.

## DISCUSSÃO

A Segunda Guerra Mundial foi um marco histórico para o tratamento dos ferimentos traumáticos colorretais, quando se popularizou a utilização das colostomias<sup>1</sup>.

A exteriorização do cólon, apesar de comum na urgência, acaba por gerar um novo procedimento cirúrgico para o restabelecimento do trânsito intestinal. Apesar de muitos cirurgiões considerarem que as cirurgias para fechamento de colostomia são procedimentos simples, as taxas de complicação variam de 10 a 49%<sup>2,3</sup>.

Outro aspecto controverso é a necessidade do estudo intestinal radiológico ou endoscópico pré-operatório, sobretudo do segmento excluído. A utilização destes exames tem sido recomendada para certificar-se da integridade intestinal e avaliar a existência de alguma doença concomitante<sup>6-9</sup>. No entanto, enema opaco e colonoscopia, apesar da baixa morbidade, ocasionam aumento dos custos, desconforto para o paciente e atraso para o fechamento da colostomia. Além disso, tais exames estão normais na sua maioria, não alterando a conduta terapêutica. Deste modo, vários autores têm sugerido a não realização destes exames de forma rotineira<sup>2,4,6,10,11</sup>.

Maximiano e cols, em 1995, após estudarem 89 pacientes, encontraram anormalidades no enema opaco pré-operatório em apenas 4,5% dos casos. Estes pacientes apresentavam ferimentos complexos ou algum tipo de sintoma que sugeririam tais alterações<sup>11</sup>.

Outro aspecto relevante quanto à realização rotineira do estudo pré-operatório do cólon é o fato de a amostra estudada ser jovem, com média de idade de 26,5 anos, onde a possibilidade de encontrar doença colônica associada é baixa<sup>5</sup>.

O tempo de permanência da ostomia foi, em média, 42,2 meses, contrapondo ao da literatura consultada que variou de 5,7 a 9,8 meses<sup>4,11</sup>. Justifica-se o tempo prolongado de permanência da ostomia, por se tratar de pacientes oriundos do sistema penitenciário.

Como os pacientes participantes não foram submetidos a nenhum estudo pré-operatório do cólon, a realização de preparo retrógrado com solução glicerinada a 12% nos dava noção da perviedade intestinal.

A taxa de morbidade deste estudo foi de 13,7%, sendo, na sua maioria, complicações de menor gravidade, como hematoma e infecção de ferida operatória, semelhante à de autores que utilizaram estudo do cólon, como Pokorny e Madiba, com morbidade de 15 e 14,5%, respectivamente<sup>6,12</sup>.

Apesar de a idade do paciente, o motivo para confecção da colostomia, o local e o tempo de permanência do ostoma, bem como a utilização de drenos serem considerados fatores relacionados com a morbidade operatória, o único fator que reduz o índice de complicações pós-operatórias é a antibiótico-profilaxia<sup>5</sup>. O nosso único caso de deiscência de anastomose foi abordado cirurgicamente, sendo realizada nova colostomia derivativa, visto que a anastomose já se encontrava integrada e bloqueada.

Concluimos que o estudo pré-operatório do cólon possivelmente não é necessário, de forma rotineira, no paciente portador de colostomia em alça, após lesão traumática colorretal.

---

**SUMMARY:** Colorectal study for loop colostomy closure after traumatic injuries has been considered unnecessary, because of the cost, the patient's discomfort and the exams morbidity. **Objective:** to evaluate the real need of colorectal study preceding colostomy closure in trauma patients. **Methods:** fifty-one male patients were submitted to colostomy closure between January to June 2005. None of them were submitted to colorectal study before the surgery, neither barium enema nor colonoscopy. **Results:** the mean age was 26.5 years and the mean interval between colostomy creation and closure was 42.2 months. The left flank was the most common colostomy location (66.6%). The morbidity rate was 13.7%, with no mortality. **Conclusion:** routine colorectal study preceding colostomy closure is not necessary after colorectal injuries.

**Key words:** Colostomy closure, loop colostomy, barium enema, colonoscopy.

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garber HI; Morris DM; Eisenstat TE; Coker DD; Annous MO. Factors influencing the morbidity of colostomy closure. *Dis Colon Rectum* 1982;25(5):464-70.
2. Garnjobst W; Leaverton GH; Sullivan ES. Safety of colostomy closure. *Am J Surg* 1978;136(1):85-9.
3. Yakimets WW. Complications of closure of loop colostomy. *Can J Surg* 1975;18(4):366-70.
4. Sola JE; Buchman TG; Bender JS. Limited role of barium enema examination preceding colostomy closure in trauma patients. *J Trauma* 1994;36(2):245-6.
5. Demetriades D; Pezikis A; Melissas J; Parekh D; Pickles G. Factors influencing the morbidity of colostomy closure. *Am J Surg* 1988;155(4):594-6.
6. Madiba TE; Mahomva O; Haffejee AA; Nene B. Radio-contrast imaging of the rectum prior to colostomy closure for rectal trauma - is routine use still justified? *S Afr J Surg* 2000;38(1):17-8.
7. Atweh NA; Vieux EE; Ivatury R; Scalea TM; Duncan AO; Gordon J et al. Indications for barium enema preceding colostomy closure in trauma patients. *J Trauma* 1989;29(12):1641-2.
8. Thal ER; Yeary EC. Morbidity of colostomy closure following colon trauma. *J Trauma* 1980;20(4):287-91.
9. Parks SE; Hastings PR. Complications of colostomy closure. *Am J Surg* 1985;149(5):672-5.
10. Swenson K; Stamos M; Klein S. The role of barium enema in colostomy closure in trauma patients. *Am Surg* 1997;63(10):893-5.
11. Maximiano LF; Moron RA; Soh SW; Alves Jr A; Pires PWA; Bevilacqua RG; Biroloni D. Análise da necessidade do enema opaco como exame pré-operatório em fechamento de colostomias. *Rev Col Bras Cir*;1995;22(2):70-2.
12. Pokorny RM; Heniford T; Allen JW; Tuckson WB; Galandiuk S. Limited utility of preoperative studies in preparation for colostomy closure. *Am Surg* 1999;65(4):338-40.

#### Endereço para correspondência:

GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA  
Hospital Heliópolis – Serviço de Coloproctologia  
Rua Cônego Xavier, 276 – Vila Heliópolis  
04231-030 – São Paulo-SP  
Tel: (11) 274-7600 (Ramal 244)