

ILEOSTOMIAS E COLOSTOMIAS CONTINENTES

J.C. Goligher¹

O assunto que me foi designado pelo Comitê Científico para hoje pela manhã é falar sobre ileostomias e colostomias continentes. E gostaria de dizer que não é um assunto que eu teria escolhido. E por quê? Como todos sabem, e muito bem, baseados nas suas experiências e nos seus colegas, os cirurgiões gostam de falar sobre os seus casos bem sucedidos ou idéias para o futuro, algo que prometa ser bem sucedido e o histórico de ileostomias continentes é quase que totalmente um desapontamento, de fracassos, mas talvez seja interessante ver o que já foi feito, o que já foi estudado em relação a este assunto. É o que nós vamos tentar aqui.

Temos que considerar as colostomias e ileostomias. Vamos então começar com as colostomias.

Como sabemos, a continência normal na região anal depende de uma combinação de áreas motoras e sensoras. Quando nós temos um estoma na parede abdominal, não vamos poder ter muita força motora, mas acontece nós termos músculos fortes na parede abdominal cercado o intestino, conforme ele se coloca, e esses músculos não estão ajustados para manter a continência especificamente, principalmente porque não são impulsionados por um mecanismo sensor que diz ao paciente, conscientemente ou subconscientemente, que contraia esses músculos.

Se formos ler livros escritos por cirurgiões conhecidos vamos ver que num determinado momento, eles sugeriram que talvez pudéssemos

ter a continência se trouxéssemos o cólon para uma posição bem oblíqua em relação à parede abdominal, e entre as camadas musculares. A idéia era que os músculos seriam assim capazes de contrair melhor o intestino, ou por outro lado, se estivessem em posição oblíqua, através da parede abdominal, uma cinta podia apertar bem aquela porção do intestino, e evitar que esvaziasse o seu conteúdo. E lemos, nos seus estudos, essa sugestão, mas sabemos que não adiantou muita coisa e que já foram abandonadas há muito tempo.

A próxima idéia seria o dispositivo de fechamento magnético que realmente esteve em moda por um certo tempo. Originou-se na Alemanha, em Erlangen, e a idéia era de que poderíamos fixar um dispositivo de fechamento magnético na colostomia. Geralmente colocava-se um material com carvão na parte da tampa, que iria ajudar a fixar aquela tampa na pele. Este carvão deixaria que os gases escapassem e o paciente não teria que retirar essa tampa para poder eliminar os gases.

Este procedimento esteve muito em moda por algum tempo, acho que mais ou menos 300 pacientes na Alemanha foram induzidos a ir à Erlangen para colocação e implantação desse tipo de dispositivo, que pode ser posto

* Conferência proferida durante o 35º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia em São Paulo, 1985.

1 Professor em Cirurgia – Universidade de Leeds, F.R.C.S. – Inglaterra

naturalmente na hora da incisão, ou pode ser colocado depois, subseqüentemente, se o paciente já teve a colostomia anterior.

Quanto aos resultados, os relatórios eram excelentes, mas um grupo da Inglaterra e da Escandinávia resolveu experimentar o dispositivo e posso dizer que ficamos muito desiludidos com os resultados.

O problema com esse dispositivo é que pode manter fezes no cólon e depois, como esvaziá-lo? Tiramos a tampa e permitimos que as fezes pulem, por assim dizer, para fora para depois serem apanhadas num receptáculo? Realmente é uma coisa muito desagradável; geralmente, o que as pessoas fazem é que quando elas retiram a tampa, fazem uma irrigação no cólon e realmente era isso que estava dando a continência aos pacientes, e quando percebemos isso, paramos de usar esse dispositivo. Como conseqüência deste fato, não é mais usado esse dispositivo em Erlangen com exceção de alguns casos, como uma manobra secundária num paciente já com colostomia, e que especificamente quer colocar esse dispositivo.

Foi um método tentado, parecia ser promissor, mas apresentou muitas desilusões e não está mais sendo usado no momento.

Outra tentativa é o controle através de um anel inflável, que podemos colocar ao redor da colostomia, no momento da cirurgia, e um tubo que contém fluido. Este receptáculo, também com fluido, é colocado no tecido subcutâneo. Esse dispositivo é de um jovem cirurgião, na Áustria, mas eu acho que ele também se desiluiu. Eu não tenho experiência pessoal quanto ao seu uso, então teria que colocar um grande ponto de interrogação também neste dispositivo. Mas, é uma outra maneira para tentarmos obter a continuidade, então todos esses métodos facilitam reter as fezes, quando a parede está funcionando, agora, quando queremos esvaziar o intestino, o que fazemos? Tiramos o aparelho, abrimos o aparelho, colocamos uma bolsa de plástico por algumas horas, ou fazemos uma irrigação? Muitas vezes faz-se a irrigação e as coisas ficam confusas, não sabemos se a continência que o paciente apresenta é devida à irrigação, ou é devida ao dispositivo.

Outro método que, mais uma vez, vem da Alemanha, consiste em remover os últimos seis ou sete centímetros do cólon para fora, antes de se fazer a colostomia, então, abrindo-se aquele cólon, retira-se a mucosa e enrola-se o músculo e a camada serosa ao redor do final

do cólon, na extremidade do cólon, o que considera-se um esfíncter e diz-se apresentar resultados excelentes e centenas de pacientes estão vindo a fazer essa operação. O autor afirma que isso dá continência. Se isso oferece continência, como é que o paciente esvazia o cólon? Porque isso está lá sempre. Mais uma vez, os pacientes têm a irrigação e não se sabe se a vantagem do método é devida ao uso de irrigação regular ou ao método.

Então, era isso que eu queria dizer quanto aos fracassos e um recorde de desapontamentos, tantos métodos tentados para uma continência em colostomia.

Vamos ver agora o caso de ileostomia. Vamos falar primeiro sobre aquele dispositivo magnético, porque numa determinada situação, alguns cirurgiões, colegas nossos, pensaram que podiam fazer a ileostomia, tornar-se continente e com um dispositivo de fechamento magnético. O resultado não foi muito satisfatório. Um arranjo melhor seria, no meu ponto de vista, usar um dispositivo de fechamento magnético com um reservatório cujo dispositivo seria somente um mecanismo de válvula. Agora, numa ileostomia simples, convencional, o sucesso não foi real. Então, eu acho que nós podemos descartar essa situação.

Foi então introduzida por Kock a utilização de um reservatório que não se esvaziaria a não ser quando intubado. Não conseguiu inicialmente a continência e então colocou uma válvula. Os resultados a princípio pareceram ser bons, mas depois nós vimos que a válvula tem o hábito de sair do lugar e a continência era perdida.

Em uma revisão que fiz há quatro ou cinco anos atrás tivemos grande proporção de extrusões de válvulas, de vazamentos, mas outras pessoas também tiveram problemas. Esta é, enfim, uma falha muito reconhecida desta técnica e isso quer dizer que os cirurgiões têm que se concentrar em desenvolverem técnicas melhores para que a válvula fique fixada permanentemente, ou pelo menos semipermanente. Desde então, muitas inovações surgiram, como a introdução de grampos aplicados com um grampeador que poderiam ser colocados na válvula para fixá-los em várias situações. Outra inovação foi a introdução de, primeiro, uma faixa elástica e depois algo de plástico, também uma malha tipo tela, que já foi usada na Austrália e foi desenvolvida. Esses métodos, de qualquer forma, já estão dando resultados bem melhores. A válvula, portanto, já não se extrui com tanta facilidade.

A ironia, entretanto, é que nós passamos todos esses anos desenvolvendo uma técnica que podemos oferecer com confiança ao paciente, mas agora não encontramos os pacientes, porque a maior parte dos pacientes quer evitar uma ileostomia convencional, e dizem: "Eu não quero estoma", eles são mais atraídos por uma ileoanal, uma anastomose ileorretal. Então temos dificuldades em encontrar pacientes para oferecer essa técnica melhor e mais moderna. Se um paciente já foi submetido a uma ileostomia convencional, feita há alguns anos atrás, e vê que a vida é muito difícil com a ileostomia convencional, ou porque apresenta problemas na pele, ou problemas psicológicos, acham que não são normais, que não podem ter uma boa vida sexual devido à bolsa, gostariam de ter uma ileostomia com reservatório, essas seriam as pessoas apropriadas para esta técnica. Mas, como disse, temos poucos pacientes. Há mais de um ano que não

faço uma cirurgia dessas. A maior parte dos meus pacientes agora pede uma ileoanal ou ileorretal, anastomoses portanto.

Talvez um dos usos principais hoje sejam para reservatórios urinários em casos de cistectomias totais, não havendo mais indicações para sua utilização em colites.

Assim, para terminar e resumir, eu diria que o que nós podemos aprender de tudo isso é que, em vez de ficarmos inventando dispositivo de continência em relação aos estomas, é melhor nos concentrarmos na utilização dos mecanismos que o bom Deus deu aos pacientes para tentar manter o seu próprio aparelho esfintérico quando estamos operando a moléstia inflamatória do intestino ou câncer, ou seja, tentar preservar o aparelho esfintérico tanto quanto possível e tanto quanto for compatível com o tratamento da moléstia de uma forma eficaz.