

---

## COLOSTOMIAS — ANÁLISE DE 119 CASOS

ISAAC SOARES DE LIMA  
EDNEUZA DA SILVA ALMEIDA

---

LIMA IS, ALMEIDA ES — Colostomias — Análise de 119 casos.  
Rev bras Colo-Proct, 1987; 7(4): 149-152

**RESUMO:** São analisados 119 casos de colostomias em pacientes internados na Unidade de Emergência de Maceió Dr. Armando Lages e Hospital Dr. José Carneiro, no período de janeiro de 1984 a dezembro de 1986. São apresentados seus resultados, incidência, etiologia, faixa etária mais acometida, localizações das ostomias, complicações e evoluções dos pacientes. Finalmente comenta-se o assunto correlacionando-o com a literatura.

**UNITERMOS:** colostomia

---

Colostomia é a comunicação do intestino grosso com o exterior através de aberturas realizadas na parede abdominal.

É um recurso cirúrgico de grande valia no manejo das feridas traumáticas de cólon e reto<sup>1,8</sup>. Os tipos de colostomias são as colostomias em alça, colostomias terminais, as cecostomias. As complicações mais freqüentes são: estenose, prolapso, retração, abscesso, hemorragia.

A realização de colostomias foi bastante difundida durante a II Grande Guerra. Desde então suas indicações se estenderam, passando a desempenhar importante papel na cirurgia do cólon, tornando-se um procedimento comum e de aceitação universal<sup>6</sup>.

A feitura de colostomia não gozava de boa reputação face à alta incidência de complicações<sup>1,8</sup>. A análise da literatura veio reafirmar a importância que assume um fechamento de colostomia, apresentando índices de complicações que variam de 9,6% a 41,1%<sup>1, 3</sup>. A relativa ausência de trabalhos sobre colostomias, principalmente em nosso meio, foi o que me levou a realizar este estudo de 119 casos, visando tornar melhor conhecidas as

incidências, causas, localizações e as complicações, que passamos a relatar.

### MATERIAL E MÉTODO

Foram estudados 119 pacientes submetidos a colostomias, admitidos na Unidade de Emergência de Maceió Dr. Armando Lages e no serviço de cirurgia geral do Hospital Dr. José Carneiro, no período compreendido entre janeiro de 1984 e dezembro de 1986.

Convém salientar que nos casos apresentados está também incluído o fechamento das colostomias. Neste estudo retrospectivo temos por finalidade analisar as causas etiológicas, incidência, faixa etária, localização, complicações, evoluções, como também o procedimento cirúrgico a que foram submetidos.

### RESULTADOS

No período de janeiro de 1984 a dezembro de 1986, foram admitidos na Unidade de Emergência de Maceió e Hospital Dr. José Carneiro 119 casos de pacientes portadores de colostomias.

A faixa etária entre 21 e 30 anos e 41 e 50 anos foram as mais acometidas, com 37,0% dos casos, sendo que o nosso paciente mais jovem tinha 24 horas de nascido e o mais idoso 83 anos (*Tabela 1*).

A causa mais freqüente foi o quadro de obstrução intestinal, responsável por 54,6% dos casos, com volvo em megacólon (46,1%) e tumores do reto (8,5%). A segunda causa foi o traumatismo abdominal com 25,2%, prevalecendo a agressão por arma de fogo. Com relação à invaginação intestinal, tivemos dois casos (1,6%), onde encontramos um RN com cinco dias de vida do sexo feminino e outro paciente do sexo masculino de 83 anos.

Foram considerados como outras causas, com 4,2%, três casos de fístula da ampola retal na transição retossigmóide, oriundas de abscessos perianais e pós-hemorroidectomia, um caso de fístula estercoral pós-apendi-

Tabela 1 - Colostomias - Faixa etária

Idade	N.º de casos	%
0 - 10	10	8,5
11 - 20	10	8,5
21 - 30	22	18,5
31 - 40	19	15,9
41 - 50	22	18,5
51 - 60	13	10,9
61 - 70	16	13,4
71 - 80	6	5,0
+ 80	1	0,8
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>

Tabela 2 - Colostomias - Causas etiológicas

Indicação	N.º de casos	%
Ânus imperfurado	10	8,5
Invaginação intestinal	2	1,6
Obstrução intestinal	65	54,6
Abdome agudo por brida	3	2,5
Doença inflamatória	4	3,4
Trauma abdominal	30	25,2
Outros	5	4,2
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>

cectomia; um caso de apendicite com necrose pericecal (Tabela 2).

As lesões associadas mais freqüentes foram as localizações no intestino delgado, seguida das lesões de fígado.

Em relação ao sexo, houve predominância do masculino com 77% e apenas 23% do sexo feminino, como mostra a Tabela 3.

A Tabela 4 mostra a localização das ostomias.

Dos 119 pacientes, 17 (14,3%) tiveram alta curados após terem sido devidamente tratados, dos 77 casos que tiveram alta por transferência (Tabela 5), 42 pacientes foram encaminhados ao Hospital Dr. José Carneiro para a reconstrução do trânsito intestinal. O referido hospital é vinculado à Unidade de Emergência.

A grande maioria dos pacientes foi submetida a um preparo mecânico e antimicrobiano do cólon, à base de kanamicina.

As colostomias foram fechadas por três diferentes técnicas intraperitoneais, sendo que o simples fechamento foi o procedimento mais utilizado, seguido da ressecção e anastomose término-terminal; a técnica menos utilizada foi a hemicolectomia e ileotransversostomia.

O intervalo decorrido entre a confecção do estoma e a reconstrução do trânsito intestinal foi bastante variável. Todas as colostomias foram fechadas com mais de um mês de confecionadas, porém houve casos em que foram operados no sétimo mês. Foi realizada colorrafia transversal em dois pacientes. Dos 42 pacientes 33 (78,5%) evo-

Tabela 3 - Colostomias - Sexo

Sexo	N.º de casos	%
Masculino	92	77
Feminino	27	23
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Tabela 4 - Colostomias - Localização das ostomias

Localização	N.º de casos	%
Colostomia terminal (Hartmann)	30	25
Transversostomias	58	49
Ileostomias	10	9
Cecostomias	4	3
Colostomias do sigmóide	13	11
Colostomias do descendente	4	3
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Tabela 5 - Colostomias - Evolução e complicações apresentadas pelos pacientes

Evolução e complicações	N.º de casos	%
Alta curado	77	64,7
Alta p/transferência	17	14,3
Óbito	17	14,3
Fístula estercoral	4	3,4
Infecção de parede	3	2,5
Trombose do M. Superior E.	1	0,8
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>

Tabela 6 - Resumo da morbidade e mortalidade

Autor	Ano	N.º	% Morbidade	% Fístula	% Mortalidade
Knox	1971	179	35,7	23,0	2,2
Thompson	1972	191	21,5	2,9	-
Finch	1976	213	44,0	9,0	0,4
Yajko	1976	100	28,0	4,0	1,0
Wheeler	1977	73	37,8	17,6	0,4
Mitchell	1978	89	33,0	5,6	2,2
Samhuri	1979	304	14,0	2,3	0,3
Anderson	1979	69	31,8	4,3	-
Andrade	1979	25	24,0	12,0	-
Machiedo	1980	30	-	6,6	-
Gerald Marks	1980	100	-	-	-
Freitas Neto	1981	31	25,8	6,5	-
Yamane	1982	86	33,8	1,2	-
Presente trabalho	1987	42	23,8	9,5	2,4

luíram sem complicações e nove pacientes (21,5%) com complicações, havendo predominância de fístula estercoral com quatro casos (9,5%), três casos de infecção de parede (7,1%), um caso de trombose do membro superior esquerdo (2,4%) e um óbito (2,4%) (Tabela 5).

Todas as complicações foram tratadas, evoluindo satisfatoriamente. A taxa de mortalidade global foi de 14,3%.

A análise da literatura mostra o resumo de morbidade e mortalidade (Tabela 6). A maioria dos pacientes que faleceram tinham lesões associadas.

A permanência hospitalar variou bastante. A grande maioria teve uma permanência de 25 dias, exceto alguns casos com mais de 80 dias.

### COMENTÁRIOS

As indicações de colostomias são várias: descompressivas, usadas nos casos de obstruções agudas dos cólons; tempo complementar na amputação abdominoperineal do reto; tempo preliminar nas anomalias anorretais, quando o recém-nascido não apresentar condições ideais para operação em um só tempo - em nossos relatórios foram registrados 10 casos (8,5%) de ânus imperfurado; tempo complementar no volvo de sigmóide necrosado e nas feridas lacerantes do cólon e reto - com esta indicação tivemos 30 casos (25,2%) de traumatismo; proteção de anastomoses quando necessário (derivação proximal); como tempo preliminar ou complementar nas fístulas retovaginais e transefincterianas profundas, situadas na região anterior - em nossa casuística tivemos um caso de fístula retovaginal pós-parto.

Os agentes etiológicos que motivaram a confecção do estoma (processos inflamatórios, obstrutivos, traumas, câncer, etc.) e a faixa etária dos pacientes podem se constituir em fatores importantes na morbidade deste procedimento<sup>1,3, 17</sup>, que neste material foram representados pelos processos obstrutivos em 54,6% e pelos traumatismos em 25,2% dos casos, sendo que em nossa estatística houve domínio de volvo de sigmóide em portadores de megacolo e dolicomacolo, de acordo portanto com a literatura, que afirma ser o volvo de sigmóide praticamente uma complicação do megacolon chagásico<sup>2</sup>.

As colostomias foram realizadas para a descompressão do cólon em 65 pacientes e com a finalidade de exteriorizar o próprio ferimento em 30 pacientes, sendo estas as indicações precisas e restritas das colostomias em alça<sup>3</sup>.

A grande maioria dos pacientes foi submetida a um preparo mecânico e antimicrobiano do cólon no período pré-operatório. A opção por este tipo de preparo se deve à facilidade de execução, eficiência na limpeza dos cólons e menor trauma<sup>4</sup>. Não persistem dúvidas de que os resultados da cirurgia colorretal dependem em grande parte da boa qualidade do preparo intestinal.

Em relação às anastomoses, neste estudo o fechamento das colostomias foram intraperitoneais, método preferido pela maioria dos autores<sup>3, 9</sup>.

Com relação à técnica cirúrgica empregada, a divergência de opinião entre os autores é muito grande: alguns são a favor da simples sutura<sup>3, 12, 16</sup> outros, a favor da ressecção término-terminal, ou então, como aqueles que não en-

contraram uma relação entre a técnica empregada e a incidência de complicações<sup>17</sup>.

Na casuística apresentada, a preferência técnica foi o simples fechamento em 28 pacientes dos 42 pacientes estudados no H.J.C. O intervalo entre a construção e o fechamento de uma colostomia pode variar segundo alguns autores, dependendo da patologia de base<sup>9, 12</sup>. No nosso estudo, este intervalo variou bastante. O fechamento foi com mais de um mês em todos os pacientes, ocorrendo casos em que o paciente fez a reconstrução do trânsito intestinal em torno do sexto e sétimo mês. No entanto, é sabido que aparece um maior índice de complicações quando este intervalo é menor que quatro semanas, período em que ainda não houve regressão do edema e da reação inflamatória.

A análise da literatura mostra que as complicações após fechamento de colostomia foram significativas e na grande maioria realizada em pacientes idosos que apresentaram doenças degenerativas ou inflamatórias<sup>8, 12</sup>.

Os nossos resultados foram considerados razoáveis, quando comparados com os da literatura (Tabela 6), e deveram-se à faixa etária de nossos pacientes e também ao fato de serem colostomias de todos os tipos, decorrentes das mais variadas causas.

Entretanto, alguns autores verificaram que diferentes processos patológicos responsáveis pela indicação de colostomia não tiveram influência significativa na ocorrência de complicações após seu fechamento. Neste material a complicação que predominou foi a fístula estercoral, que é a mais temível das complicações, pois não raro pode evoluir para o óbito. É provável estarem envolvidos múltiplos fatores na sua gênese. Os tratamentos tendem a demonstrar que o intervalo entre a confecção e o fechamento de colostomia é de capital importância na gênese das fístulas. Acreditamos que o intervalo entre a feitura e o fechamento da colostomia tem importância na gênese da fístula e nunca deve ser inferior a seis semanas, quando já cessou o processo inflamatório.

Concluindo, esperamos que cada vez mais o procedimento cirúrgico de confeccionar e fechar uma colostomia mereça a atenção e o cuidado dos cirurgiões, pois é alto o potencial de infecção e com isto a morbidade e mesmo a mortalidade tenderão a aumentar se normas especiais não forem respeitadas.

---

LIMA IS, ALMEIDA ES - Colostomias - An analysis of 119 cases.

SUMMARY: It is presented an analysis of 119 cases of colostomy. Incidence, etiology, complications and patients' outcome are discussed.

KEY WORDS: colostomy

---

### REFERÊNCIAS

1. Anderson E. Etal - Colostomy closure a simple procedure? Dis Colon Rectum, 1979; 22: 446.
2. Arrigo A, Raia. Manifestações digestivas da moléstia de Chagas. São Paulo, Sarvier 1983; 267-271.
3. Beck P, Conklin HB. Closure of colostomy. Ann Surg 1975; 181(6): 795.

4. Brenner S, Souza FJ, Andriquetto PC, Moraes RS, Artigas GV. Limpeza mecânica e antissepsia do cólon. *Rev Col Brasil Cir* 1981; 8(5): 231.
5. Basil C, Morson. *Enfermidades del colon, recto y ano*. Barcelona, Elicien, 1972.
6. Cansação CLC, Lima IS. Traumatismo do cólon – Estudo de cinco anos na UEAL. *Rev bras Colo-Proct* 1985; 5(2): 91-97.
7. Freitas EA, Saraiva CFS – Fechamento de colostomia: Análise dos resultados, 1981; 1:100.
8. Finch DR – The results of colostomy closure. *Br J Surg* 1986; 63: 397.
9. Garnjobst W, Leaverton GH, Sullivan ES. Safety of colostomy closure. *Am J Surg* 1978; 136: 85.
10. Goligher JC. *Cirurgia del ano, recto y colon*. Rio de Janeiro, Salvat 1979.
11. Hayart DC. An unusual complication of stenosis of a colostomy. *Rev Enferm* 1985; 8(81): 43-6.
12. Knox AJ, Bierket FD, Collins CD. Closure of colostomy. *Br J Surg* 1971; 58: 669.
13. Neto, Bakonyi Alexandre. Fechamento de colostomias. *JBM Outubro* 1984; 47(4): 57-62.
14. Parks SE, Hastings PR. Complications of colostomy closure. *The American Journal of Surgerv*.
15. Souza VCT. *Manual de proctologia*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981; 259-261.
16. Thompson JP, Hawley PR. Results of closure of loop transverse colostomes. *Br Med J* 1972; 3: 459.
17. Varnell J, Pemberton LB. Risk factors in colostomy closure. *Surgery* 1981; 89(6): 683.
18. Yamane H, Campos S, Marques LCB, Pires VJ. Fechamento de colostomias. *Rev bras Cir* 1983; 73(1): 37-42.

**Endereço para correspondência:**  
Isaac Soares de Lima  
Lot. Stella Maris, Q. 26, nº 130  
57035 – Maceió – AL