
AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL COM COLOSTOMIA PERINEAL

ALCINO LÁZARO DA SILVA

SILVA AL - Amputação abdômino-perineal com colostomia perineal. *Rev bras Colo-Proct*, 1991; 11(3):105-108.

RESUMO: uma colostomia perineal valvulada, ao invés da colostomia abdominal, é utilizada em 12 pacientes submetidos à amputação abdômino-perineal do reto por câncer.

UNITERMOS: amputação abdômino-perineal; câncer do reto; câncer do ânus; câncer anorretal; colostomia

A operação de Miles (amputação abdômino-perineal) é um método eficaz no tratamento radical dos tumores anorretais, com melhor sobrevida em relação aos doentes tratados por outros métodos mais conservadores (2, 3).

Deixa o estigma da colostomia definitiva, nem sempre mais aceitável que a doença ou sua recidiva precoce.

Para que ela seja evitada no tratamento do adenocarcinoma anorretal, forçosamente temos que sacrificar a margem de segurança e a radicalidade esperada. Isto não se justifica porque, ainda hoje, o recurso terapêutico mais eficaz é a cirurgia. Radioterapia, quimioterapia e imunoterapia aguardam, ainda, melhores dias, pois são suplementos terapêuticos.

Pensando em compor radicalidade com a idéia de evitar a colostomia abdominal, passamos a fazê-la no perineo.

O objetivo desta comunicação inicial é registrar os tempos operatórios do tratamento em que se baseia o título do presente trabalho.

Indicação cirúrgica

Lesão anal, anorretal ou retal baixa devido a sarcoma ou adenocarcinoma; lesão anal por carcinoma espinocelular não controlado pela radioterapia; recidiva de um dos dois tumores acima, comprometendo o complexo esfinc-

teral anorretal; úlcera maligna anterior ou invadindo a parede anterior anorretal e a parede posterior da vagina; estenose extensa e intratável após radioterapia perineal; seqüelas graves e estenosantes de doenças inflamatórias ou venéreas perianais.

Método operatório

Preparo de cólon conforme padronização que adotamos (1).

Depilação das áreas da incisão.

Paciente em posições litotômicas ou ginecológica.

Anti-sepsias abdômino-perineal e de coxas.

Cateterismo vesical com cateter de Foley 14 (opcional)

Laparotomia paramediana pararretal interna, infra-umbilical, esquerda.

Exploração da cavidade abdominal, confirmando-se a limitação do tumor à pelve.

Exposição dos ureteres.

Mobilização do sigmóide e reto, envolvendo, no bloco, todos os tecidos peri-retais. O útero e anexos serão mobilizados e incorporados ao monobloco se o estadiamento assim o determinar.

Se houver a indicação para a ligadura da artéria e veia mesentérica inferior, mobiliza-se o cólon descendente e parte do transversos, sem ligadura de arcada.

Incisão perianal, distante da transição cutâneo-mucosa. Penetração na fossa ísquio-retal, incluindo na peça operatória os tecidos que a preenchem.

Secção dos feixes puborretais do músculo elevador de ânus, atingindo-se a pelve inferior, no plano anteriormente preparado.

Se houver suspeita ou envolvimento tumoral da parede posterior da vagina, a incisão passará, anteriormente, pelo terço posterior da vulva, seccionando a vagina, de fora para dentro, nas paredes laterais, até o fundo de saco posterior.

Abaixamento do segmento de cólon mobilizado.

Delimitação de zona vascularizada e de segurança, no sigmóide ou cólon descendente. Secção fora da cavidade, deixando-se coto do cólon com vascularização normal.

Definição do local para peritonização na parte alta da

pelve. Acima deste ponto, ainda com o colo sem fixação, constroem-se três válvulas. Faz-se uma miotomia circular, em todo o contorno, atingindo-se a musculatura longitudinal (tênias) e a circular. Revisão da mucosa para excluir lesão punctiforme de si mesma.

Sutura sero-muscular, para recobrir e invaginar a mucosa liberada, valvulando-a. Os fios penetram em até 0,5 cm acima e abaixo das bordas da miotomia. Com o anoda-

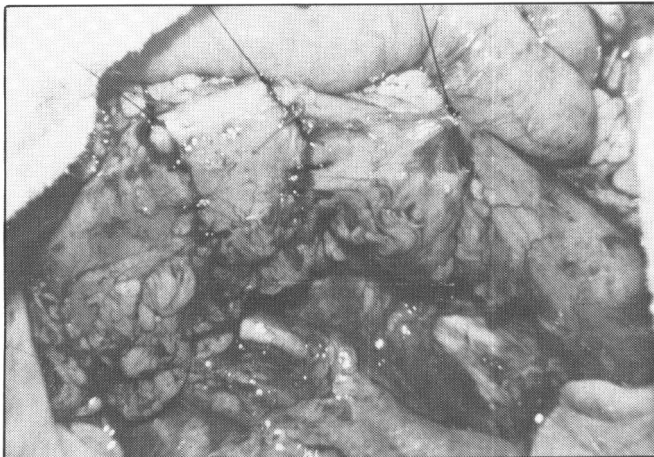


Fig. 1 - Sigmóide ou o colo esquerdo após mobilização. Três incisões circulares e equidistantes expõem a mucosa. Está recoberta pela sutura sero-muscular, em pontos separados, que constrói três válvulas distantes 3 cm uma da outra.

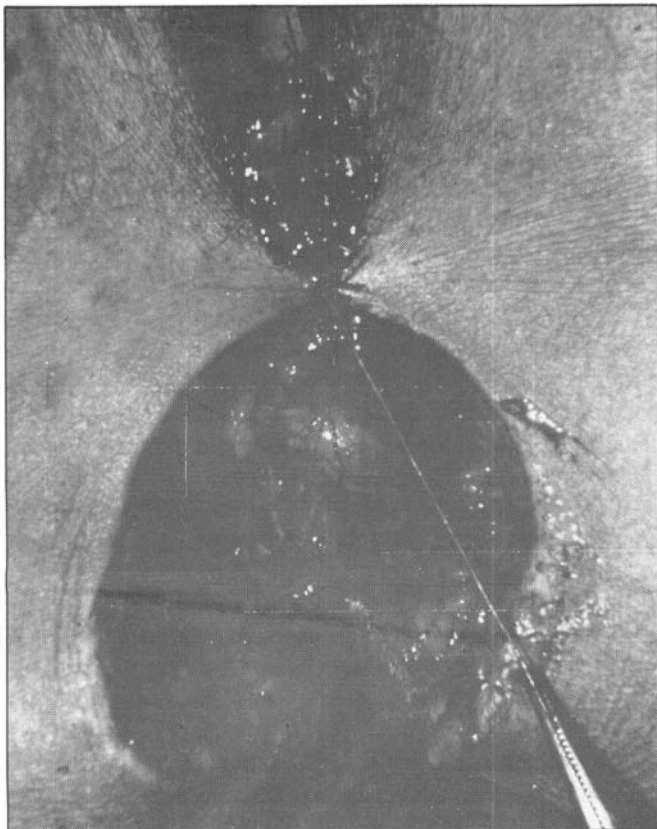


Fig. 2 - Local da amputação perineal. Vê-se o colo abaixado sendo suturado à parte superior da abertura perineal.

mento, aproximam-se as bordas, ocorrendo a invaginação mucosa.

Acima, mais ou menos a 3 cm, faz-se o mesmo procedimento, repetindo-o mais 3 cm acima, para se construir a terceira válvula (Fig. 1).

Pexia do cólon descendente à goteira parieto-cólica esquerda. Peritonização da pelve.

Por via perineal, fixação do coto do cólon à borda anterior da ferida. Síntese da pele, posteriormente à colostomia, até o nível em que a sutura fique sem tensão. Dreno de Penrose (Fig. 2).

Ao abaixar e fixar o cólon deve-se cuidar para não torcê-lo e deixar o meso para trás. Este cuidado evita isquemia e deixa o meso preencher parcialmente o espaço sacral (Fig. 3).



Fig. 3 - Colostomia perineal. Vê-se, ainda, o final da cicatrização da ferida perineal remanescente.

Quando a vagina foi seccionada, a parede anterior (face antimesocólica) do cólon abaixado é suturada às bordas laterais da vagina, desde o fundo de saco posterior até a vulva. Com isto, restabelece-se a cavidade vaginal pela coloplastia posterior (Fig. 4).

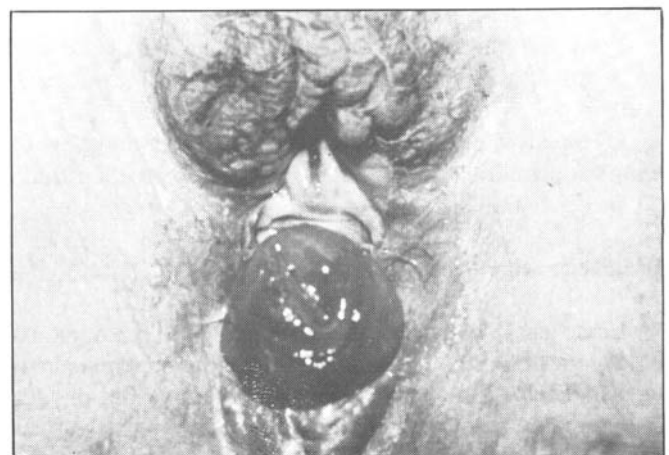


Fig. 4 - Exemplo de uma colostomia, não só dando vazão fecal como recompondo a parede posterior da vagina, amputada.

COMENTÁRIOS

Os pacientes são instruídos para se cuidarem, prevenindo a incontinência contínua.

Variando entre um e três dias, introduz-se um cateter de borracha (menos traumático), número 24, procurando atingir nível intracólico alto. Faz-se uma irrigação com dois litros de líquido oleoso, obtendo-se, com uma ou duas aplicações, a clareação da luz do cólon. Faz-se a higiene normal, colocando-se um forro ou absorvente para captação de muco eliminado da mucosa. Com esta medida, o paciente veste-se e apresenta-se, normalmente, ao trabalho ou a vida social, sem bolsas e sem cheiro.

Para a atividade sexual, o procedimento de irrigação será feito, seguido por higiene geral no dia ou horas antes. Não há bolsa, nem cheiro e nem limitação da liberdade pelo incômodo e pelo risco de desgarramento da bolsa.

A continência relativa far-se-ia à custa, pois, de alguns recursos:

- irrigação, que é o ponto fundamental;
- com o abaixamento e a fibrose reparadora no períneo, ocorre uma oclusão de luz do cólon sem formar uma estenose total, porque o meso, colocado na pelve, impede uma fibrose muito intensa e a obstrução total.
- a construção das três válvulas poderiam, também, colaborar na retenção discreta do bolo fecal (Fig. 5).

- a pressão intra-abdominal produziria oclusão da luz do cólon abaixado.

As vantagens que observamos foram:

- evita a colostomia abdominal;
- recompõe a vagina nas suas paredes laterais e posterior, quando ela é incluída no bloco patológico;
- preenche com o mesocólon e cólon (sigmóide) o espaço grande que fica em toda a pelve;
- permite uma exérese mais ampla dos tecidos pélvicos tornando a cirurgia mais oncológica;
- o cólon e o meso aconchegam-se aos tecidos pélvicos sem tensão, tração, torção ou compressão;
- não há acotovelamento do colo e seu meso, o que impossibilita uma necrose avascular se a alça for bem preparada;
- o implante na pelve ajuda o fechamento da ferida perineal;
- preenchendo o espaço, há menos coleção sangüínea, o qual se observa, freqüentemente, no grande vazão da pelve. Havendo meso e cólon, o tecido de granulação reparativo será menor e a fibrose menos intensa. Isto permite uma pelve menos rígida e a bexiga fica com suporte e não se dobra para trás e para baixo como é o comum;
- a exoneração vesical é mais eficaz, porque a bexiga não se acotovela.
- a cicatrização é correta, sem os defeitos que aparecem quando ele se faz por segunda intenção (Fig. 6);

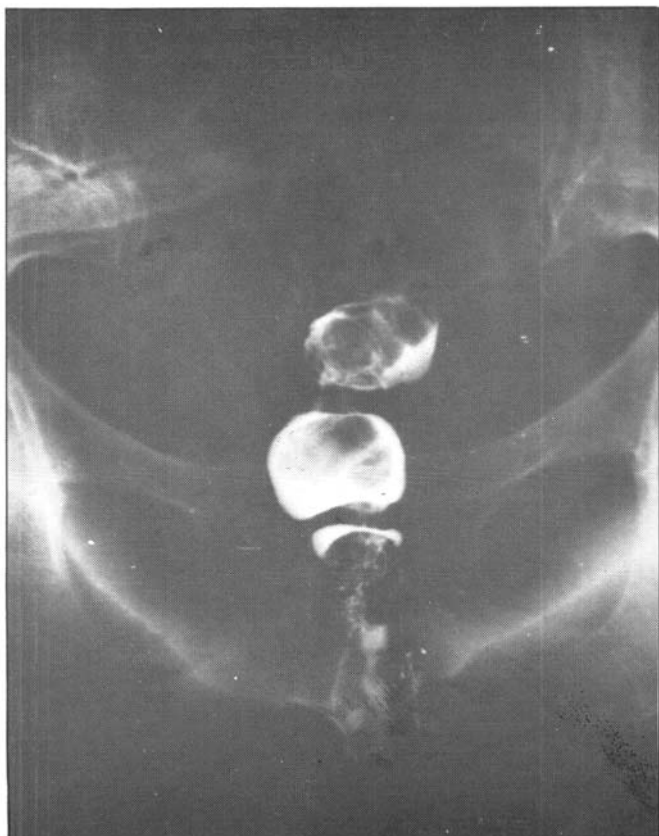


Fig. 5 - Exemplo radiológico de válvulas construídas, mostrando sua continência radiológica.

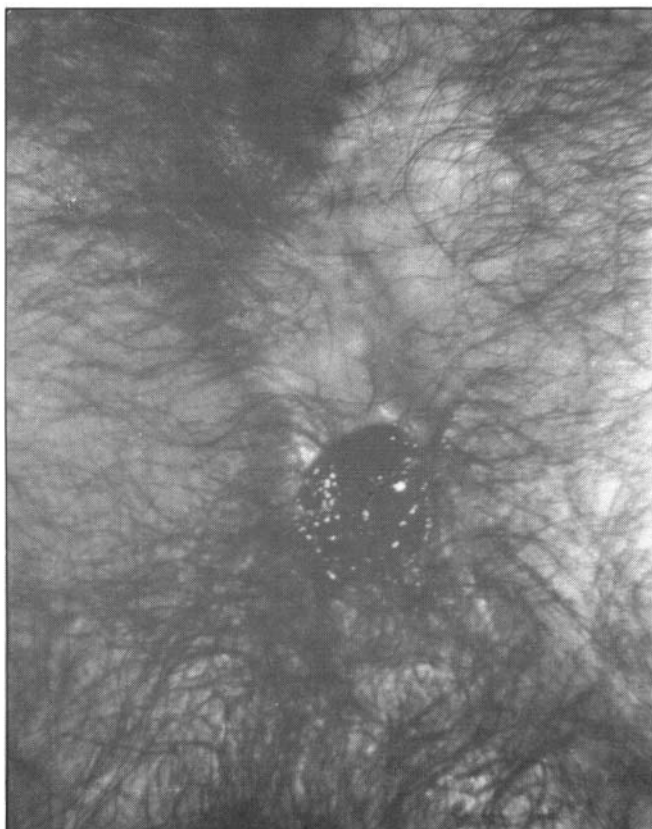


Fig. 6 - Colostomia perineal, infra-escrotal, no pós-operatório tardio (2,5 anos).

- a reparação se faz em torno de um quarto do tempo;
- a secreção da mucosa cólica é pequena, na estomia, porque há uma oclusão parcial e pequena exteriorização do cólon na pele;
- não há possibilidade de hérnia incisional freqüente porque a pelve não é preenchida pelo intestino delgado;
- sob o ponto de vista higiênico, o trabalho é o mesmo. Não há, no entanto, o odor fecal ou fecalóide que as bolsas desprendem;

- sob o ponto de vista econômico, substitui-se a bolsa de custo elevado (pelo uso numeroso) por um simples pano ou absorvente.

- sob o ponto de vista social, oferece mais condição de convívio com o uso da bolsa.

- a vida conjugal ficaria mais sólida, porque a vagina se recompõe e com o abdome livre de secreções haveria menos repugnância;

- o paciente senta-se normalmente;

- a irrigação diária ou em intervalos maiores (até três dias) não oferecem perigo, haja vista o sem-número de pacientes que a usam na colostomia.

Se houver insucesso ou o paciente não se adaptar, fica fácil converter para colostomia abdominal.

A observação inicial não mostrou risco elevado de infecção urinária.

Concluindo: trata-se de uma proposição nova. A experiência é pequena e recente. Os resultados sob revisão, ainda que alguns tardios, não autorizam conclusões definitivas e promissoras. É preciso estudar se as válvulas teriam função retentiva. É preciso estudar se a oclusão, por si, seria um mecanismo parcial controlador da exoneração. É preciso saber se a posição vertebral ou discretamente oblíqua, do cólon abaixado, sofreria à ação da gravidade

ou da pressão intra-abdominal, ajudaria na continência. É preciso verificar se ocorrerá infecção urinária pela maior proximidade entre colostomia e meato uretral, na mulher.

Um fato parece-nos certo. Os pacientes preferem qualquer sacrifício, dentro desta medida, do que a bolsa definitiva na parede do abdome, que limita as ações individual, familiar, conjugal e social.

SILVA AL - Abdominoperineal excision with perianal colostomy.

SUMMARY: This communication presents the proposition of an alternative procedure for the abdominal colostomy in patients submitted to abdominoperineal excision of the rectum for cancer. Instead of the classic colostomy, a perineal colostomy associated with three colonic valves and enemas is described. This procedures has been successfully performed on twelve patients.

KEY WORDS: abdomino-perineal amputation; cancer of rectum; cancer of anus; cancer ano-rectal; colostomy

REFERÊNCIAS

1. Lázaro da Silva A. Dieta Hiperídrica sem resíduo, prolongada. Rev Goiânia Med 1988; 34: 9-18.
2. Miles WE. A method of performing abdominoperineal excision for carcinoma of the rectum and the terminal portion of the pelvic colon. Lancet 1908; 2: 1812-13 (dec.).
3. Miles WE. Rectal Surgery. London, Cassel and Co Ltd., 2ªed 1944: 188.