
HEMICOLECTOMIA ESQUERDA COM CECOSTOMIA DESCOMPRESSIVA POR CATETER

ALCINO LÁZARO DA SILVA
FRANCISCO RODRIGUES DE SALES

SILVA AL & SALES FR - Hemicolectomia esquerda com cecostomia descompressiva por cateter. *Rev bras Colo-Proct*, 1992; 12(3): 83-85

RESUMO: A hemicolectomia esquerda está indicada no tratamento de várias patologias, podendo vir associada ou não a um procedimento descompressivo, colostomia ou cecostomia, para evitar o aumento da pressão intraluminal no nível de anastomose. Fizemos um estudo retrospectivo de 26 pacientes, 17 homens e 9 mulheres, submetidos a hemicolectomia esquerda ou sigmoidectomia mais cecostomia descompressiva por cateter, operados eletivamente por câncer (12), diverticulite (12) e estenose benigna (2). Não houve óbito e, das 7 complicações que ocorreram, houve uma fístula cecocutânea, considerada como falha da cecostomia. A cecostomia está indicada, quando não se deseja um desvio completo do trânsito intestinal, como medida descompressiva nas hemicolectomias esquerdas eletivas. Possui as seguintes vantagens em relação à colostomia: simplicidade técnica, morbidade e mortalidade menores, e raramente requer uma outra cirurgia para fechamento.

UNITERMOS: cirurgia de cólon; hemicolectomia esquerda; cecostomia descompressiva

A hemicolectomia esquerda e sigmoidectomia são procedimentos indicados no tratamento de adenocarcinoma, diverticulite, estenose, volvo etc. Dependendo das condições cirúrgicas do cólon, com respeito à sua viabilidade e grau de contaminação, o tratamento cirúrgico pode ser feito em um, dois, ou em três tempos. Se o cólon está em boas condições a maioria dos cirurgiões prefere o tratamento em tempo único, com ressecção e anastomose primária, enquanto outros preferem associar uma colostomia ou cecostomia descompressivas para evitar o aumento da pressão intraluminal no nível da anastomose. O presente trabalho é um estudo retrospectivo a respeito da cecostomia descompressiva como procedimento complementar à hemicolectomia esquerda ou sigmoidectomia em pacientes portadores de câncer, diverticulite e estenose benigna.

CASUÍSTICA E MÉTODO

No período de 1972 a setembro de 1988, entre outros procedimentos no cólon, 26 pacientes foram submetidos, eletivamente, a hemicolectomia esquerda mais cecostomia descompressiva: 12 tinham câncer, 12 eram portadores de diverticulite e dois sofriam de estenose benigna, uma após sigmoidectomia e outra pós-herniorrafia incisional. A faixa etária variou entre 34 e 85 anos, sendo que o maior número estava nas décadas de 50 a 60 anos. Quanto ao sexo, a distribuição foi de 17 homens para nove mulheres. O preparo do cólon se fez com dieta hiperídrica sem resíduo, prolongada (14).

A cecostomia foi realizada segundo o método de Hendon, *In Orr* (16). Após hemicolectomia E, são feitas duas bolsas do tipo capitonagem, concêntricas, na face anterior do ceco e uma pequena incisão no seu centro para a introdução do cateter de Foley nº 28 ou 30, com balão de 15 cm³, o qual é inflado após a introdução. As bolsas são anodadas de modo que a segunda invagine a primeira. Em seguida são dados vários pontos concêntricos e equidistantes do cateter para fixar o ceco à parede abdominal anterior.

O cateter é exteriorizado por contra-abertura através de uma pequena incisão no nível do ponto de McBurney. Depois disso o cateter é tracionado e fixado à pele com fio monofilamentar inabsorvível 3-0. Após certificar-se de perviedade do cateter, o mesmo é conexado a um tubo coletor. No pós-operatório será irrigado com solução fisiológica, 30 cm³ a cada 4 horas, até surgirem os ruídos peristálticos. Após o paciente estar evacuando normalmente, o cateter é pinçado e removido 24 horas depois (3). Na grande maioria dos casos o orifício fecha-se espontaneamente dentro de duas semanas, mas caso isto não ocorra, deve ser corrigido cirurgicamente após 30 dias.

RESULTADOS

Dos 26 pacientes operados não houve nenhum óbito. Das oito complicações (30%), quatro foram consideradas graves, segundo Bettezzati (1): duas eviscerações devido a infecção de ferida operatória e esgarçamento dos tecidos da parede e dois abscessos intracavitários. Uma complicação discreta, fístula cecocutânea e três complicações leves: hipotensão, febre e infecção urinária (Tabela 1).

Tabela 1 - Complicações da hemicolectomia esquerda mais cecostomia descompressiva por cateter

Diagnóstico	Nº	Complicações					
		Febre	Hipot.	Inf. ur.	Fist.	Absc.	Inf. + evisc.
Câncer	12	1	-	-	1	-	1
Diverticulite	12	-	1	1	-	1	1
Estenose benigna	2	-	-	-	-	1	-
Total	26	1	1	1	1	2	2

DISCUSSÃO

A cecostomia é um procedimento controverso desde 1757, quando Louis, na França, propôs pela primeira vez a formação de uma fístula cecocutânea em casos de obstrução intestinal (9). O mesmo ceticismo ocorreu a Litré, que recomendara uma colostomia, em 1710, ao acompanhar um recém-nascido com atresia anal (4, 9, 13). Em 1770, na França, Pilon (9, 12, 13, 17) realizou, com sucesso, a primeira cecostomia em um paciente com obstrução intestinal por câncer de reto. Embora o paciente tenha falecido no 12º dia pós-operatório, a autópsia mostrou que a cecostomia estava íntegra e o paciente possuía uma necrose de intestino delgado, causada pela grande quantidade de mercúrio ingerido pelo paciente como tratamento. Nelaton (9), em 1840, ensinava aos seus discípulos a abrir o abdome na fossa ilíaca direita, em casos de obstrução, e usar a primeira alça distendida, abri-la e suturá-la às bordas da ferida. Muitas dessas cirurgias acredita-se que tenham sido cecostomias. Amussat (9,13) publicou, também na França, em 1839, o seu trabalho no qual afirmava sua preferência pela cecostomia lombar extraperitoneal, para evitar peritonite, principal causa de óbito nas laparotomias da época e sua técnica ganhou popularidade. No início do século, com a familiaridade dos cirurgiões em remover apêndices e o advento da anestesia local, a cecostomia passou a ser difundida como método de descompressão de cólon obstruído e derivação fecal (9). Durante a Segunda Grande Guerra e após ela, a cecostomia foi esquecida devido à grande aceitação da colostomia na cirurgia militar, que estabeleceu, definitivamente, a colostomia na cirurgia moderna (6). Nas últimas décadas, entretanto, com o aumento das cirurgias eletivas e o progresso científico, a cecostomia voltou a ser empregada, suscitando defensores, críticos e muita polêmica acerca do seu uso (2, 4, 6).

No presente trabalho obteve-se uma morbidez de 30%, semelhante à literatura, no levantamento feito por Rosenberg (17). No estudo feito por Hoffmann (8), a colostomia variou de 2,3% a 33% em mortalidade, enquanto a cecostomia teve uma variação de 7,5% a 22%. O fechamento espontâneo da cecostomia ocorre em torno de 85%, com morbidez mínima, enquanto que o fechamento da colostomia apresenta uma morbidez de 5% a 56% e a mortalidade variando entre 0 e 4%. A

taxa de infecção no fechamento da colostomia pode chegar a 63% e a fistulização variar de 0 a 17% (9,17). Uma complicação que varia de 0 a 7%, no fechamento da colostomia e que não foi relatada na cecostomia, é a estenose no local do fechamento. A incidência de hérnia incisional no fechamento da colostomia varia de 1,5 a 6,6 (8), enquanto na cecostomia, embora não tenhamos encontrado nenhum relato a respeito, é de se crer que seja mínimo. Outro fator importante a ser considerado entre os dois procedimentos é o tempo de permanência hospitalar. A média fica entre 33 e 82 dias na colostomia, incluindo os dois procedimentos, ao passo que na cecostomia os pacientes permanecem de 16 a 26 dias (8). O vazamento pela anastomose com cecostomia fica entre 0 e 7%, enquanto que na anastomose com colostomia é de 0 a 13% (8).

O presente trabalho mostra um caso de fístula cecal (3,8%), considerado abaixo em relação aos índices da literatura variando de 0 a 30% (3, 8, 17). Os dois casos de abscesso pélvico podem ser atribuídos à contaminação da cavidade durante a cirurgia, visto que a retossigmoidoscopia não mostrou nenhuma alteração na linha de sutura. Ambos foram tratados com drenagem cirúrgica, com boa evolução. Os dois casos de evisceração ocorreram em conseqüência de infecção de ferida operatória e esgarçamento dos tecidos da parede abdominal. O caso de infecção urinária não guarda relação com a cecostomia e sim com o cateterismo vesical a que o paciente foi submetido durante o ato cirúrgico, e teve evolução favorável com uso de antibióticos. O caso de hipotensão respondeu satisfatoriamente às medidas de suporte. O mesmo ocorreu ao paciente que apresentou febre no pós-operatório, em que não se encontrou qualquer alteração clínica, laboratorial ou radiológica que sugerisse infecção, tendo sido atribuída à resposta do paciente ao trauma cirúrgico.

Diante do exposto, pode-se concluir que a cecostomia é um procedimento simples e pode ser empregado como medida descompressiva complementar às anastomoses colônicas. Com base na literatura, pode-se apontar as principais vantagens da cecostomia em relação à colostomia: simplicidade técnica, menor morbidez e mortalidade, raramente necessita de outra cirurgia para fechamento e menor tempo de permanência hospitalar. Não se esquecendo que sua indicação se faz nos casos em que não se deseja um desvio completo do trânsito fecal e sem anastomose de alto risco.

SILVA AL & SALES FR - Left hemicolectomy with descompressive caecostomy by catheter.

SUMMARY: The left hemicolectomy is indicated for the treatment of several diseases. In order to prevent the increase of the intraluminal anastomotic pressure, descompressive procedures, such as colostomy or caecostomy may be associated. Caecostomy has the following advantages over colostomy: simpler procedure, lower morbidity and mortality and it hardly requires another surgery for closing. The present study was carried out on 26 patients (17 men and 9 women), submitted to left hemicolectomy or sigmoidectomy for cancer (12), diverticulitis (12) or benign stenosis (2). All patients were undertaken to a descompressive caecostomy with a 28 or 30 Foley catheter. Caecal fistula was the only complication due to caecostomy verified in one patient, and no death occurred in this series. The main indication for caecostomy is to avoid a complete exclusion of the transit through of the distal colon. In conclusion, descompressive caecostomy is a benign procedure that may prevent postoperative colonic complications.

KEY WORDS: colon surgery; left hemicolectomy; descompressive caecostomy

REFERÊNCIAS

1. Battezzati M, Pandolfo N, Anfossi A, Parodi, Nebicolombo C. Utilità della ciecostomia negli interventi de resezio na eletiva del colon sinistro. *Chir Gastroenterol* 1978; 12(12): 242-45.
2. Cortese F, Di Giusto F, Quarisa B, Galli F, Azzolina M, Basilico E. La ciecocutaneostomia. La nostra esperienza a confronto com le ciecostomia su sonde e le colostomia sultranverso. *Minerva Chirurgica* 1978; 43(222): 1929-34.
3. Chaitin H. Value of complementary cecostomy in geriatrics surgery. *Geriatrics* 1967; 22: 148-49.
4. Clark DD, Hubay CA. Tube cecostomy: an evolution of 161 cases. *Ann Surg* 1872; 175(1): 55-61.
5. Eisenstat S. Tube cecostomy using a wire wrapped endotracheal tube. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 166(5): 473-75.
6. Falconi RE & Cary LC. Traumatismo colorretal. *Surg Clin North Am* 1988; 68(6).
7. Goldberg SM & Meese DL. Tube cecostomy. *Canadian J Surg* 1986; 29(4): 229-29.
8. Hoffmann J & Jensen HE. Tube cecostomy and staged resection for obstructing carcinoma of the left colon. *Dis Colon Rect* 27(1): 24-31.
9. Hardy RJ. Evolution of the stoma. *The Australian and New Zealand Journal of Surgery* 59(1): 71-77.
10. Ingoldby CJH, Dawson A, Addison N. A new technique of caecostomy using endotracheal tubes. *Annals of the Royal College of Surgery of England* 1989; 71(4): 211-12.
11. Jackson PP & Bairdy RM. Cecostomy. *Am J Surg* 1967; 114: 297-301.
12. King RD, Kaiser GC, Lempke RE, Shumacker HSJR. An evolution of catheter cecostomy. *Surgery & Obstetrics* 1980; 123(4): 779-86.
13. Kretschmer KP. Dados Históricos. In: *Estomas Intestinais*. Rio de Janeiro: Interamericana 1978; 3: 3-7.
14. Lázaro da Silva A. Dieta hiperídrica sem resíduo, prolongada. *Revista Goiana de Medicina* 1988; 34: 9-18.
15. Lethai B, Gugenheim H, Bismuth H. Pour la rehabilitation de la caecostomie sur drein comme traitement initial des occlusions coliques tumorales. *J Chir (Paris)* 1987; 124(5): 346.
16. Orr TG. Aparelho Digestivo. In: *Tática Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara 1946; 12: 284-464.
17. Rosemberg L & Gordon PH. Tube cecostomy revisited. *Canadian J Surg* 1986; 29(1): 38-40.
18. Staintack WC, Christiansen H, Salva JB. Complementary tube cecostomy. *Surg Clin North Am* 1986; 53: 38-40.

Endereço para correspondência:

Alcino Lázaro da Silva
Rua Guaratinga, 151 - Sion
30315-430 - Belo Horizonte - MG