

ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA COM ILEOSTOMIA EM ALÇA. EXPERIÊNCIA EM 48 PACIENTES COM A DERIVAÇÃO POR ILEOSTOMIA EM ALÇA NA CIRURGIA COLORRETAL

ANA PAULA WIERING CARMEL, FSBCP
VITAL DOS SANTOS
JAYME VITAL DOS SANTOS SOUZA, TSBCP-BA
GLICIA TOURINHO
PAULO ANDRÉ SILVA

CARMEL APW, SANTOS V, SOUZA JVS, TOURINHO G & SILVA PA - Análise da experiência com ileostomia em alça. Experiência em 48 pacientes com a derivação por ileostomia em alça na cirurgia colorretal. Rev bras Colo-Proct, 1994; 14(1): 19-21

RESUMO: Os AA. analisam sua experiência com a utilização de ileostomia em alça como forma de derivação fecal em 48 pacientes submetidos a cirurgias colorretais com anastomoses colorretais baixas e ileoanais no Serviço de Cirurgia Colorretal do Hospital Central Roberto Santos. A técnica empregada para a realização do estoma difere da original, pois não é utilizado suporte. As principais indicações foram o câncer de reto e as doenças inflamatórias intestinais. Todos os pacientes foram submetidos à reconstrução do trânsito intestinal através de acesso peri-estomal num tempo médio de 29,9 dias. Em 66% dos casos foram realizadas anastomoses término-terminais em plano único, enquanto que em 33,3% dos pacientes foram utilizados grampeadores. Não houve mortalidade na série ora apresentada e a complicação mais freqüente foi a dermatite periestomal que ocorreu em 11 pacientes. Após o fechamento da ileostomia nenhum paciente necessitou de reoperação por problemas obstrutivos. A ileostomia em alça é uma opção cirúrgica que deve ser considerada quando da necessidade de derivação fecal.

UNITERMOS: ileostomia em alça; cirurgia colorretal; complicações

A realização cada vez mais freqüente de cirurgias colorretais que preservam os esfínteres com anastomoses coloanais, ileoanais e colorretais baixas tem levado muitos cirurgiões a optarem pela ileostomia em alça, com a finalidade de minimizar as complicações sépticas durante o período de cicatrização das feridas anastomóticas. Mas ainda hoje há grande controvérsia na realização desta forma de deriva-

ção fecal (1, 2). Enquanto alguns estudos sugerem que o risco é maior do que as complicações de uma cirurgia em um único tempo, outros demonstram baixo índice de morbidade em suas séries (1, 3, 4, 5).

O objetivo do nosso estudo é analisar a morbimortalidade associada à utilização de ileostomia em alça como forma de derivação fecal nas cirurgias colorretais realizadas no Serviço de Cirurgia Colorretal do Hospital Central Roberto Santos.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram estudados 48 pacientes submetidos a cirurgias colorretais com utilização de ileostomia em alça para derivação fecal; sendo 21 do sexo feminino e 27 do sexo masculino, com idade que variou de 10 a 65 anos (Gráfico 1).

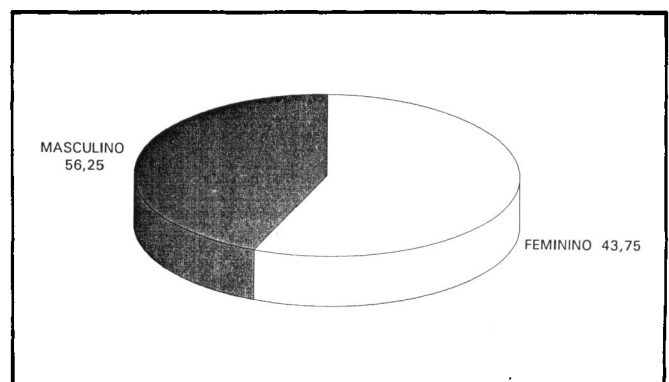


Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes quanto ao sexo (%).

As principais indicações para a realização das cirurgias colorretais foram o câncer de reto e a doença inflamatória intestinal (Tabela 1).

Tabela 1 - Indicações da cirurgia.

Patologia	Nº de pacientes
Neoplasia de reto	21
Doença inflamatória intestinal	14
Megacólon chagásico	8
Polipose adenomatosa	2
Fístula sigmóide-vaginal	1
Fístula reto-vaginal alta	1
Doença de Hirschsprung	1
Total	48

No estudo foram analisados o intervalo de tempo entre a primeira operação e o fechamento do estoma, as complicações decorrentes de sua presença, bem como as complicações de seu fechamento.

A ileostomia foi realizada no segmento mais distal do íleo, estando localizada a cerca de 25 cm da válvula ileocecal. O estoma foi fixado na aponeurose e pele com fio absorvível (ácido poliglicólico) nº 3-0, sendo feita a maturação precoce após o fechamento da laparotomia. Não foi utilizado bastão ou sonda de suporte do estoma.

Para o fechamento foi realizada incisão periestomal e anastomose término-terminal com fio absorvível em plano único em 66% dos casos. Em 33% desses mesmos casos foi realizada sutura mecânica.

RESULTADOS

O tempo médio entre a primeira operação e a reconstrução de trânsito foi de 29,9 dias. As complicações pós-operatórias atribuíveis à ileostomia foram: dermatite periostomal, obstrução intestinal no pós-operatório imediato e infecção de parede abdominal após fechamento do estoma.

A dermatite periostomal, a complicação mais freqüente em nossa série, ocorreu em 11 pacientes. Em um paciente ocorreu obstrução mecânica no pós-operatório imediato devido à angústia do orifício na parede abdominal. Foi realizado reposicionamento do estoma no 5º dia de pós-operatório com resolução dos sintomas (Gráfico 2).

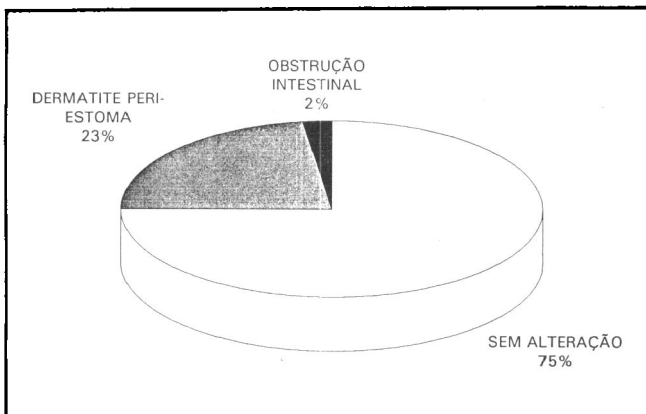


Gráfico 2 - Complicações com a realização da ileostomia em alça.

Após o fechamento das ileostomias nenhum paciente necessitou de reoperação devido a problemas obstrutivos e apenas um paciente apresentou infecção de ferida operatória, que foi resolvida com drenagem local, sem necessidade de uso de antibióticos (Gráfico 3).

Não houve mortalidade na série ora apresentada.

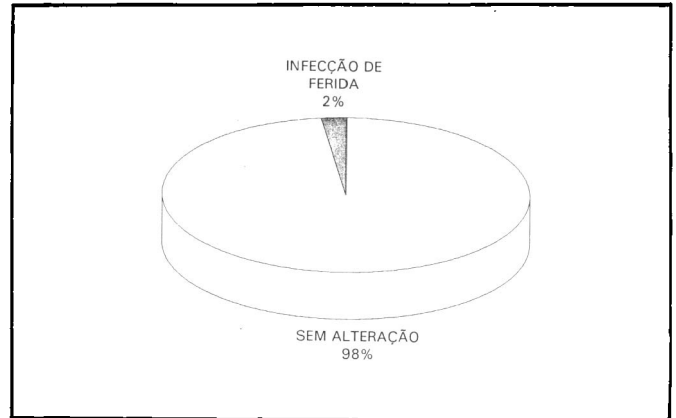


Gráfico 3 - Complicações após reconstrução do trânsito intestinal.

DISCUSSÃO

O uso da derivação fecal através de ileostomia em alça tem sido um método utilizado por muitos cirurgiões após cirurgias colorretais como anastomose extraperitoneal com finalidade de reduzir as complicações que possam advir da sepe pélvica durante o período de cicatrização (1, 2, 6, 7).

Complicações relacionadas com o estoma como disfunção, estenose, ulceração e formação de fístula têm sido reduzidas após a adoção da técnica de maturação precoce (8). Atualmente as complicações mais freqüentes descritas na literatura são o distúrbio hidroeletrólítico, levando à desidratação e à dermatite periostomal (9, 10). Essas alterações vêm sendo minimizadas com a adoção de pós-operatório cuidadoso, administração criteriosa de líquidos, uso de drogas antidiarréicas, controle da dieta, bem como uso de bolsas de estomia com material apropriado e pessoal especializado no manuseio das ileostomias.

Em trabalho de Wexner e cols. (1), em 83 pacientes submetidos à derivação fecal através de ileostomia em alça, 4,8% apresentaram distúrbios hidroeletrólíticos, necessitando de internação. Apenas um paciente apresentou infecção de ferida operatória, que respondeu às medidas conservadoras adotadas. Na nossa série a complicação mais freqüente foi a dermatite periostomal, não sendo observados distúrbios hidroeletrólíticos.

A complicação mais comum após o fechamento das ileostomias é a obstrução intestinal em 1,5 a 15% dos pacientes (1). No nosso estudo nenhum paciente apresentou problemas obstrutivos e a única complicação observada após fechamento foi infecção de ferida operatória em um paciente.

CONCLUSÃO

A ileostomia em alça constituiu-se em um método de derivação fecal com baixo índice de complicação.

CARMEL APW, SANTOS V, SOUZA JVS, TOURINHO G & SILVA PA - Analysis of the experience with loop ileostomy. Experiment in 48 patients to the derivation by loop ileostomy in the colo-rectal surgery.

SUMMARY: The AA. analyzed their experience utilizing a loop ileostomy for fecal derivation in 48 patients. These patients had undergone Colo-rectal Surgery at the Hospital Central Roberto Santos and the most common indication were rectal cancer and inflammatory bowel disease. A parastomal incision was employed for ileostomy closure in all of patients. From the beginning of the loop ileostomy to the closing of stoma an average of 29.9% days elapsed. In 66% of the cases, an anastomosis was performed manually, while in 33.3% of the patients staples were applied. There were no mortalities in the present series, and the most frequently occurring complication in 11 of the patients was a peristomal cutaneous irritation. After closing of the loop ileostomy, none of the patients required reoperative surgery for intestinal obstruction. The loop ileostomy is a surgical option, which should be considered when a fecal derivations is required.

KEY WORDS: loop ileostomy; colorectal surgery; complications

REFERÊNCIAS

1. Wexner A, James K, Jagelnam DG. Loop ileostomy is a safe option for fecal diversion. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 349-354.
2. Pemberton JM, Kelly KA, Beart RM Jr, Dozois RP, Wolff BG, Ilstrup DM. Ileal pouch and anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Ann Surg* 1987; 206: 504-13.
3. Sohn N. Ileostomy, a review. *Pract Gastroenterol* 1990; 14: 46-59.
4. Metcalf AM, Dozois RR, Kelly KA, Wolff BG. Ileal pouch and anastomosis without diverting ileostomy. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 33-5.
5. Matikainer M, Santavirta J, Hilturnin KM. Ileoanal anastomosis without covering ileostomy. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 384-8.
6. Nicholls RJ, Lobowski DZ. Restorative proctocolectomy: The four loop(w) reservoir. *Br J Surg* 1987; 74: 564-6.
7. Schoetz DJ, Collier JA, Veidenheimer MC. Ileoanal reservoir for ulcerative colitis and familial polyposis. *Arch Surg* 1986; 121: 404-9.
8. Goligher. *Cirurgia do Ânus, Reto e Cólo*. 5ª ed., São Paulo, Manole, 1990.
9. Krauz MM. Lop ileostomy for complete diversion following colectomy and ileoanal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 699-73.
10. Cohen Z, Meleod RS, Stern H, Gneht D, Nondgren S. The pelvic and ileoanal anastomosis procedure: surgical. techniques and initial results. *Am J Surg* 1985; 150: 601-7.