
TRATAMENTO CIRURGICO DA HÉRNIA PARAESTOMAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA

CÉSAR GUERREIRO DE CARVALHO – TSBCP
CARLOS EDUARDO PEREIRA DO VALE – FSBCP
PAULO CÉSAR DE CASTRO JÚNIOR – ASBCP

CARVALHO CG, VALE CEP, CASTRO JÚNIOR PC. Tratamento Cirurgico da Hérnia Paraestomal por Videolaparoscopia. *Rev bras Coloproct*, 2004;24(4):311-316.

RESUMO: Uma complicação bastante comum e quase que inevitável, a hérnia paraestomal constitui-se num obstáculo pós-operatório que aumenta em muito os transtornos já impostos pela ostomia. Seu tratamento sempre foi relegado a um plano de importância menor e acompanhado de grandes frustrações pelo fracasso e transtorno imposto ao paciente. Apresentamos uma alternativa diferenciada e simples na abordagem do problema visando o menor inconveniente possível para a solução do problema. Utilizamos para o tratamento a colocação através da videolaparoscopia de uma tela de ePTFE intraperitoneal em *nó de gravata*.

Unitermos: hérnia paraestomal; videolaparoscopia

INTRODUÇÃO

O surgimento de uma hérnia em torno da colostomia é tão comum que esta complicação pode ser considerada como “virtualmente inevitável”.¹ Ao exame físico essa patologia pode apresentar-se como um discreto abaulamento durante uma manobra de Valsalva ou então apresentar-se como uma volumosa protrusão com a colostomia no topo desse intumescimento.

Muitos trabalhos mostram índices que variam de 5% a 100% dessa patologia nos pacientes portadores de estoma^{2,3,4,5}, porém muitos desses casos são bem tolerados e podem ser tratados com medidas conservadoras, como a utilização de cintas de contenção abdominal ou de cintos para colostomia que apóiem firmemente o local, obtendo-se, assim, algum nível de satisfação. Entretanto, aproximadamente 30% dessas hérnias necessitaram de algum tipo de correção cirúrgica^{6,7,8,9,26,27} para tratamento dos sintomas. Sangramento, dor, obstrução, volumosas massas

abdominais, aparência estética, dificuldade para fixação das bolsas coletoras, vazamentos e irritação da pele, são algumas das alterações que indicam cirurgia para tratamento dessa enfermidade.

A fisiopatologia da hérnia paraestomal parece estar fundamentada no defeito criado na parede abdominal pela passagem da alça da colostomia, portanto, uma correta preparação da ostomia objetivando evitar a herniação seria a de se confeccionar uma ferida separada para a colostomia e de um túnel com diâmetro suficiente para uma boa acomodação da alça exteriorizada. Esses cuidados justificam a menor incidência de hérnias quando confeccionada a colostomia através do músculo reto abdominal,^{10,11} porém não justifica a menor incidência de hérnias peri-ileostômicas confeccionadas de maneira idêntica às colostomias. Contudo, encontramos uma nítida prevalência das hérnias em estomas localizados lateralmente ao músculo reto abdominal, como nas colostomias ilíacas.^{10,11} Um fator importante envolvendo a gênese da herniação seria a inervação e atividade muscular da parede abdominal.¹² Estomas colocados em uma parede abdominal desnervada apresentam grandes chances de evoluírem para formação de hérnias paraestomais, pois a musculatura não será capaz de se contrair ao redor do estoma durante

Trabalho realizado em Clínica Privada

Recebido em 14/10/2004

Aceito para publicação 13/01/2005

as situações que levem a um aumento da pressão intra-abdominal. Portanto, especial atenção deverá ser dada no posicionamento do estoma em regiões da parede abdominal que possam ter um comprometimento da sua inervação, como acontece, por exemplo, nas incisões abdominais prévias: incisão transversa, de Kocher ou de antigas colostomias; em paraplegias ou na esclerose múltipla. A eletromiografia poderá auxiliar no posicionamento do estoma nesses pacientes especiais.

Outros fatores envolvidos com o surgimento da herniação seriam as co-morbidades do paciente, como na obesidade, sedentarismo, desnutrição, diabetes, DPOC, ascite, uso de esteróides, idade avançada, etc.^{10,11}

O risco da formação de hérnia paraestomal aumenta com o tempo, sendo que 48% das hérnias aparecem no período de um ano após a sua confecção enquanto que de 36 a 100% surgirão no período de dois anos.^{10,11}

A colostomia permanente desenvolve hérnia (58%) mais comumente que a ileostomia permanente (28%) ou urostomia (5 a 8%). As colostomias em alça são menos acometidas por hérnia do que as colostomias terminais.^{10,11}

Podemos classificar as hérnias paraestomais em: hérnia paraestomal verdadeira; hérnia intra-estomal (pode ser associada com prolapso); pseudo-hérnia com prolapso subcutâneo com orifício da fásia intacto; pseudo-hérnia por fraqueza da parede abdominal sem defeito na fásia.^{10,11}

As alternativas cirúrgicas para o tratamento das hérnias paraestomais se baseiam em uma mudança no local do estoma - correndo-se o risco de que ocorra uma nova hérnia no novo local; ou na correção da hérnia deixando o intestino no mesmo lugar -essa opção muitas das vezes é a preferida pelo paciente pois já se encontra familiarizado com o manuseio do estoma nessa localização.¹³

Não existe, ainda, um consenso sobre qual seria a melhor tática cirúrgica para a correção do problema. Thorlakson¹⁴ recomenda o reparo da hérnia com sutura de fio não absorvível, deixando-se no mesmo local o intestino derivado. Goligher¹ recomenda a realocação do estoma e fechamento do defeito aponeurótico. Nas grandes hérnias o reparo pode ser feito utilizando-se uma tela aplicada anteriormente ao defeito herniário passando-se a alça derivada através da tela.^{15,16} Alguns autores descreveram técnicas de reparo com tela sintética, porém para se evitar a contaminação durante

a sua colocação utiliza-se, para isso, de um campo operatório diferente ao da colostomia.^{17,18}

Com o avanço das técnicas de correção de hérnias ventrais e incisionais por videolaparoscopia surgiram trabalhos demonstrando a eficácia do método para correção das hérnias paraestomais.^{13,19,20,21}

Apresentamos a seguir uma alternativa cirúrgica para a correção de hérnia paraestomal utilizando-se de um reparo intraperitoneal com tela de politetrafluoretileno expandido (ePTFE) – (GORE-TEX® Biomaterial; W. L. Gore & Associates, Flagstaff, AZ), instalada por videolaparoscópica e posicionada como *nó de gravata*.

PACIENTES E MÉTODOS

Realizamos a correção cirúrgica de volumosa hérnia paracolostômica de um paciente de 54 anos, do sexo masculino, portador de sigmoidostomia terminal definitiva devido a neoplasia de reto inferior, tratado por cirurgia de amputação abdominoperineal há 7 anos (Figura-1).

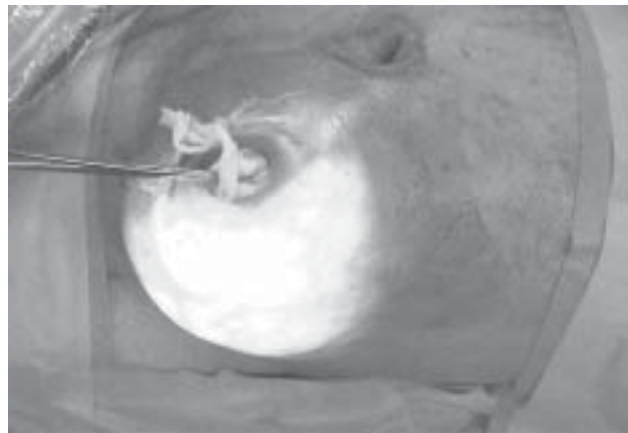


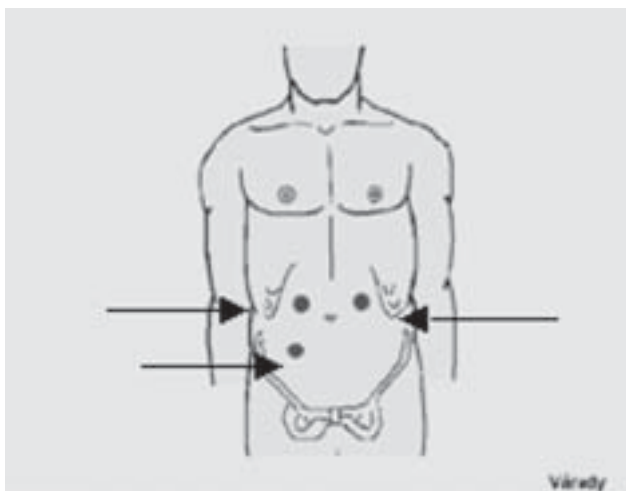
Figura 1 – Hérnia paracolostômica vista por trans-iluminação

Paciente foi submetido à cirurgia por videolaparoscopia e após anestesia geral foi confeccionado pneumoperitônio por técnica aberta com colocação dos trocarteres conforme esquema (desenho1). Realizada revisão da cavidade, redução do conteúdo do saco herniário e lise de aderências, permitindo uma correta mensuração do defeito aponeurótico da hérnia, bem como o posicionamento da alça colônica exteriorizada pelo orifício herniário. Em seguida foi efetuada a preparação da tela conforme a técnica proposta (desenho 2 e 3) e mostrada na Figura-2. Após a introdução da tela na cavidade abdominal a

mesma foi posicionada utilizando-se, para isso, de pontos da ancoragem de Prolene® 0 - Ethicon® fixados à parede abdominal. As duas extremidades afiladas da tela foram então posicionada uma após a outra de forma cruzada (*nó de gravata*) a fim de se estreitar o máximo possível o orifício de passagem da alça derivada, porém sem estrangulá-la. A folga existente entre o novo orifício de passagem da alça do sigmóide e a tela foi então ocluída, utilizando-se de pontos simples unindo a borda da tela à serosa da alça exteriorizada. O restante da fixação da tela foi feita com utilização de grampeador tipo endogrampeador Protac® (Auto Suture®) (Figura-3).



Figura 2 – Tela cortada



Desenho 1 – Posicionamento dos trocarteres

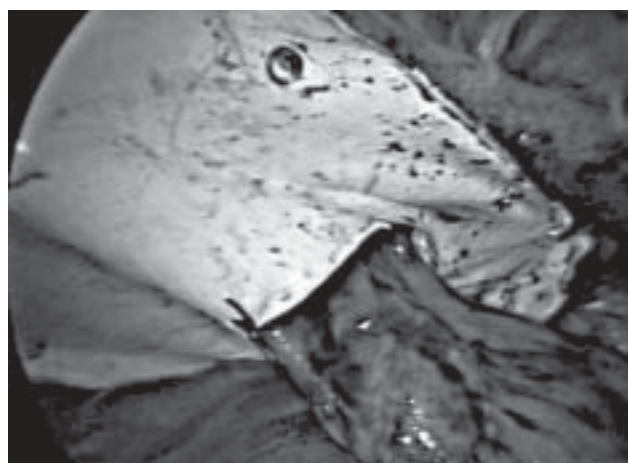
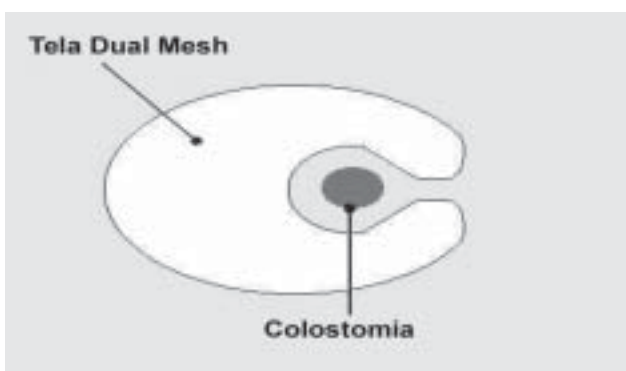
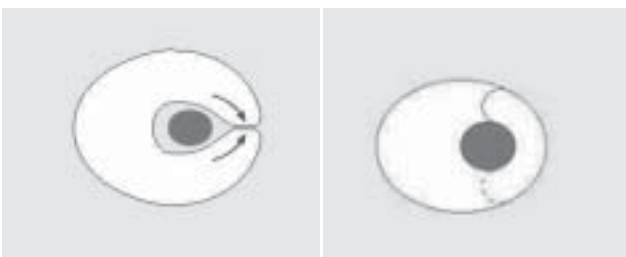


Figura 3 – Tela fechando orifício herniário



Desenho 2 – Posicionamento da tela



Desenho 3 – Ajuste da tela (*nó de gravata*)

Paciente alimentou-se no mesmo dia, recebendo alta no dia seguinte.

DISCUSSÃO

A ocorrência de hérnia paraestomal constitui uma anormalidade bastante freqüente e muitas vezes acompanha-se de complicações que indicam tratamento cirúrgico, como dor, obstrução, ulcerações da pele, alterações estéticas e problemas com a fixação das bolsas coletoras.^{1,2,3} O reparo primário dessas hérnias apresenta índices de recorrência de mais que 50% dos casos⁴, o que fortalece a opinião daqueles que são favoráveis ao reposicionamento da colostomia. Essa alternativa, porém, torna-se desagradável para alguns pacientes que já se habituaram com o manuseio

de seu estoma e para alguns pacientes portadores de múltiplas intervenções cirúrgicas, esta é uma opção bastante complicada, além de não ser possível garantir que não ocorrerá a recidiva¹.

Abdu¹⁵ e Rosin & Bonardi¹⁶ descreveram o uso de uma tela de polietileno envolvendo o cólon no reparo da hérnia. Apesar de descreverem que seus pacientes operados não apresentaram recorrência ou infecção local, o manuseio de uma tela de material sintético numa área de pele contaminada pelos efluentes do estoma nos parece temerário quando resulta em uma infecção que na maioria das vezes evolui com difícil controle clínico.

Sugarbaker¹⁷ desenvolveu outra técnica para o reparo dessas hérnias em 1985, utilizando-se de uma incisão laparotômica para a correção do defeito aponeurótico, evitando-se assim, a contaminação existente nas proximidades da ostomia. A alça derivada não precisa ser mudada de lugar e a tela é posicionada de maneira a cobrir o orifício herniário, desviando-se o cólon lateralmente por sob a tela. Em sua série inicial de sete pacientes, seis deles portadores de hérnia recorrente e um com hérnia primária, nenhum apresentou infecção e nenhuma recorrência foi observada nos quatro anos de acompanhamento. Porém essa técnica exige grandes incisões o que pode ser complicado para aqueles pacientes portadores de múltiplas cirurgias ou que possuem morbidades associadas, além do maior trauma cirúrgico que uma operação desse porte impõe.

O desenvolvimento de técnicas cirúrgicas videolaparoscópicas para o tratamento de hérnias ventrais e incisionais possibilitou o desenvolvimento de procedimentos laparoscópicos para a correção das hérnias paraestomais, utilizando-se dos mesmos princípios recém descobertos.

Porcheron et al¹⁹ descreveram o uso da laparoscopia com a utilização de tela de ePTFE colocada pré-peritonealmente e fixada com grampos. O orifício da hérnia é fechado com uma dupla sutura e a tela é posta como um reforço a esse fechamento. Nenhum corte é feito na tela pois essa é posicionada próxima à alça colônica. O retalho pré-peritoneal na dissecação é utilizado para cobrir também o cólon. O paciente recebeu alta no quarto dia de pós-operatório e encontra-se livre de recorrência após um ano de cirurgia.

Voitk²¹ descreveu uma tática laparoscópica que se assemelha ao método de Sugarbaker¹⁷. Utiliza-se uma tela de polipropileno que recobre o defeito herniário, colocada de forma intraperitoneal, nenhum

furo é feito na tela, recobre-se o cólon e é fixada a ele por uma sutura inabsorvível, enquanto que o restante da tela é fixado à parede abdominal com utilização de grampos. Não foram relatadas complicações nos doze meses de seguimento e o tempo de permanência pós-operatória variou de dois a nove dias.

Bickel et al²⁰ descrevem um caso de hérnia paracolostômica tratada pelo método laparoscópico utilizando-se uma tela de polipropileno preparada para corrigir o defeito da parede cortando-se um círculo no centro da tela e uma fenda comunicando esse orifício com uma das bordas. A tela foi posicionada de forma intraperitoneal e fixada com grampos, sendo que a faixa lateral da borda da tela que se comunicava com orifício central foi fixada à parede próxima ao cólon com grampos e a faixa medial foi fixada à serosa colônica. Essa tática não leva em conta os riscos de aderência e perfuração de alças intestinais tão intimamente ligadas à tela de polipropileno.

A abordagem laparoscópica nos permite a oportunidade do estadiamento da evolução de pacientes portadores de neoplasia, como no caso apresentado, e de uma revisão geral do abdome previamente laparotomizado, permitindo que se realizem lises de aderências, prevenindo futuras complicações e em alguns casos tratando causa de grande desconforto.

A aplicação da tela de localização intraperitoneal diminui a necessidade de dissecações e suas conseqüências, como hematomas, seromas e infecção. O emprego do material correto como o ePTFE tem possibilitado sua utilização sem os riscos de aderências indesejadas e de fístulas por “absorção” da tela pela alça intestinal.

Uma dificuldade encontrada diz respeito ao formato da tela, pois além do defeito herniário temos uma alça intestinal que deverá dividir o espaço com a tela sem prejudicar sua função de fechamento do orifício aponeurótico e sem levar ao estrangulamento ou obstrução ao funcionamento da alça exteriorizada. Para isso confeccionamos um orifício centralizado, porém com uma fenda de base mais larga que permite uma perfeita adaptação aos diferentes diâmetros possíveis de serem encontrados mediante a aposição cruzada das extremidades da faixa lateral seccionada (fenda que comunica borda da tela com orifício central). Fixamos primeiro o corpo da tela que irá recobrir o defeito herniário e em seguida procedemos a “calibragem” do orifício central que acomodará a alça intestinal derivada com a colocação cruzada das faixas lateral e medial da fenda na tela e, finalmente, a folga propositadamente

deixada para permitir a dilatação da alça para a passagem das fezes é suturada à borda da tela.

CONCLUSÃO

A presença de hérnias paraestomais muitas das vezes impõe ao paciente uma penosa situação pois sua situação de ostomizado é acrescida da de portador de uma hérnia muitas das vezes de difícil convívio.

As alternativas cirúrgicas classicamente consagradas apresentam algumas vezes fatores que as contra-indicam.

Apresentamos mais uma alternativa para o tratamento desse problema – a hernioplastia

paraestomal por VLP com tela em *nó de gravata*. O método proposto é factível e deve seguir os preceitos videolaparoscópicos que são cirurgião e equipe dependentes e exige conhecimento do anestesista.

Esta técnica visa curar o defeito herniário sem prejudicar sua função de fechamento do orifício aponeurótico e sem levar ao estrangulamento ou obstrução da colostomia, técnica esta que permite uma perfeita correção dos diferentes diâmetros possíveis de serem encontrados com aposição cruzada das extremidades da tela (*nó de gravata*).

Devido ao menor trauma cirúrgico do método proposto é uma rápida recuperação com alta após 24 h de cirurgia sem risco de obstrução.

SUMMARY: A complication very usual and almost inevitable, the paraostomy hernia is a post operative obstacle that increases the upset enforced by the ostomy. The treatment is always relegated to a second plane and comes with great frustration for the failure and perturbation imposed to the patient. We introduce a different and simple alternative approach to this problem with the lesser inconvenience as possible to resolve the trouble. We utilize a prosthetic repair of the defect with ePTFE mesh, performed intraperitoneally like a tie through laparoscopy.

Key words: Paraostomy hernia; laparoscopy

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goligher JC. Cirurgia do Ânus, Reto e Cólon, 5ª ed., **Editora Manole Ltda**; 1990.
2. Marks CG, Ritchie JK. The complications of synchronous combined excision for adenocarcinoma of the rectum at St Mark's Hospital. **Br J Surg** 1975; 62:901-5.
3. von Smitten K, Husa A, Kyllönen L. Long-term results of sigmoidostomy in patients with anorectal malignancy. **Acta Chir Scand** 1986; 152:211-3.
4. Sjö Dahl R, Anderberg B, Bolin T. Parastomal hernia in relation to site of the abdominal stoma. **Br J Surg** 1988; 75:339-41.
5. Porter JA, Salvati EP, Rubin RJ, Eisenstat TE. Complications of colostomies. **Dis Colon Rectum** 1989;32:299-303.
6. Hoffman MS, Barton DP, Gates J, et al. Complications of colostomy performed on gynecologic cancer patients. **Gynecol Oncol** 1992;44:231-4.
7. Londono-Schimmer EE, Leong AP, Phillips RK. Life table analysis of stomal complications following colostomy. **Dis Colon Rectum** 1994;37:916-20.
8. Ortiz H, Sara MJ, Armendariz P, de Miguel M, Marti J, Chocarro C. Does the frequency of paracolostomy hernias depend on the position of the colostomy in the abdominal wall? **Int J Colorectal Dis** 1994;9:65-7.
9. Mäkelä JT, Turku PH, Laitinen ST. Analysis of late stomal complications following ostomy surgery. **Ann Chir Gynaecol** 1997;86:305-10.
10. Leslie D. The parastomal hernia. **Surg Clin North Am** 1984; 64: 407-415.
11. Denlin HB. Management of abdominal hernias. London: **Butterworth** 1988; 177-186.
12. Dumanian G. Laparoscopic repair of paraostomy hernias In: Letter to the editor. **J Am Coll Surg** 2002;194:232-9.
13. LeBlanc K.A., Bellanger D.E.. Laparoscopic repair of paraostomy hernias: early results. **J Am Coll Surg** 2002;194:232-9.
14. Thorlakson RH. Technique of repair of herniations associated with colonic stomas. **Surg Gynecol. Obstet.** 1965; 120: 347-50.
15. Abdu RA. Repair of paracolostomy hernia with Marlex mesh. **Dis Colon Rectum** 1982; 25: 529- 531.
16. Rosin JD, Bonardi RE. Paracolostomy hernia repair with Marlex mesh; a new technique. **Dis Colon Rectum** 1977; 20: 299- 232.
17. Sugarbaker PH. Peritoneal approach to prosthetic mesh repair of paraostomy hernias. **Ann Surg** 1985;201:344-6.
18. Byers JM, Steinberg JB, Postier RG. Repair of parastomal hernias using polypropylene mesh. **Arch Surg** 1992;127:1246-7.

19. Porcheron J, Payan B, Baliqne JG. Mesh repair of paracolostomal hernia by laparoscopy. **Surg Endosc** 1998;12:1281.
20. Bickel A, Shinkarevsky E, Eitan A. Laparoscopic repair of paracolostomy hernia. **J Laparoendosc Adv Surg Tech** 1999;9:353-5.
21. Voitk A. Simple technique for laparoscopic paracolostomy hernia repair. **Dis Colon Rectum** 2000;43:1451-3.
22. Grier WRN, Postel AH, Syarse A, Localio SA. An evaluation of the colon stoma management without irrigations. **Surg Gynecol Obstet** 1964;119:1234-42.
23. Kronborg O, Kramhoft J, Backer O, Spechler M. Late complications following operations for cancer of the rectum and anus. **Dis Colon Rectum** 1974;17:750-3.
24. Marks CG, Ritchie JK. The complications of synchronous combined excision for adenocarcinoma of the rectum at St. Mark's Hospital. **Br J Surg** 1975;62:901-5.
25. Allen-Mersh TG, Thomson JPS. Surgical treatment of colostomy complications. **Br J Surg** 1988;75:416-8
26. Habr –Gama A, Teixeira MG, Vasconcelos Jr HR. Hérnias Paracolostômicas. **Rev bras Coloproct** 1993;13:133-5.
27. Pitrez et al. Tratamento cirúrgico da grande hérnia paracolostomica . **Col Bras Cir** 1995;22:169-70

Endereço para correspondência:

César Guerreiro de Carvalho
Av. Dulcídio Cardoso, 1100 apt. 1902 - Bloco 2
Barra da Tijuca
22631-051 - Rio de Janeiro