

# COLOSTOMIA PERINEAL: UMA ALTERNATIVA PARA EVITAR A COLOSTOMIA ABDOMINAL DEFINITIVA: TÉCNICA OPERATÓRIA, RESULTADOS E REFLEXÃO

*Perineal colostomy: an alternative to avoid permanent abdominal colostomy: operative technique, results and reflection*

Alcino Lázaro da SILVA, Johnny HAYCK, Beatriz DEOTI

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais e Associação dos Amigos Mário Penna – Unidade Luxemburgo, Belo Horizonte, MG, Brasil

**DESCRITORES** - Neoplasias colorretais. Amputação. Colostomia. Qualidade de vida. Irrigação terapêutica.

**Correspondência:**  
 Alcino Lázaro da Silva  
 E-mail: bardesiro@terra.com.br

Fonte de financiamento: não há  
 Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 20/05/2014  
 Aceito para publicação: 19/08/2014

**HEADINGS** - Colorectal neoplasm. Amputation. Colostomy. Quality of life. Therapeutic irrigation.

**RESUMO - Racional:** O câncer de reto é o agravo mais frequente para a indicação do estoma abdominal definitivo. Apesar dos avanços no tratamento cirúrgico, a amputação abdominoperineal ainda é a operação indicada mais efetiva nesta indicação com invasão de esfíncter e de canal anal, o que impõe aos pacientes colostomia abdominal definitiva, condição que altera a imagem corporal e grande repercussão na qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a técnica de amputação abdominoperineal mais colostomia perineal com irrigação como alternativa à colostomia abdominal definitiva. **Método:** Análise retrospectiva de prontuário médico de cinquenta e cinco pacientes submetidos à amputação abdominoperineal do reto mais colostomia perineal no período de 1989 a 2010. **Resultados:** A média de idade foi de 58 anos sendo 40% em homens e 60% em mulheres. Em 94,5% dos pacientes a indicação cirúrgica foi por câncer de reto. Em alguns foram confeccionadas três válvulas, em outros duas e nos demais não foi confeccionada nenhuma válvula. As complicações foram: prolapso mucoso, necrose do segmento abaixado e estenose. **Conclusão:** A técnica de amputação abdominoperineal mais colostomia perineal é boa opção terapêutica no arsenal do tratamento cirúrgico do câncer de reto.

**ABSTRACT - Background:** The most common injury to indicate definitive stoma is rectal cancer. Despite advances in surgical treatment, the abdominoperineal resection is still the most effective operation in radical treatment of malignancies of the distal rectum invading the sphincter and anal canal. Even with all the effort that surgeons have to preserve anal sphincters, abdominoperineal amputation is still indicated, and a definitive abdominal colostomy is necessary. This surgery requires patients to live with a definitive abdominal colostomy, which is a condition that modify body image, is not without morbidity and has great impact on the quality of life. **Aim:** To evaluate the technique of abdominoperineal amputation with perineal colostomy with irrigation as an alternative to permanent abdominal colostomy. **Method:** Retrospective analysis of medical records of 55 patients underwent abdominoperineal resection of the rectum with perineal colostomy in the period 1989-2010. **Results:** The mean age was 58 years, 40 % men and 60 % women. In 94.5% of patients the indication for surgery was for cancer of the rectum. In some patients were made three valves, other two valves and in the remaining no valve at all. Complications were: mucosal prolapse, necrosis of the lowered segment and stenosis. **Conclusion:** The abdominoperineal amputation with perineal colostomy is a good therapeutic option in the armamentarium of the surgical treatment of rectal cancer .

## INTRODUÇÃO

Historicamente, após a primeira extirpação do reto bem sucedida feita por Lisfranc em 1826 por via perineal, surgiu o problema da conservação da função esfinteriana evitando-se colostomia definitiva. Vários autores apresentaram suas propostas de reconstituição do tubo digestivo, nem sempre conseguindo conciliar radicalidade do tratamento com reabilitação da função neoanal.

Em 1908, Ernest Miles apresentou os fundamentos da amputação radical baseado nas vias de propagação linfática do câncer de reto e seus princípios. A sua técnica se difundiu de tal forma que os problemas da conservação dos esfíncteres e da reconstituição do trânsito intestinal passaram a plano secundário. Houve a impressão geral de que a conservação dos esfíncteres comprometeria a radicalidade da operação com consequente diminuição da sobrevida<sup>17</sup>.

Mesmo com todo o esforço que os cirurgiões têm feito para preservar número crescente de esfíncteres anais - subsidiado pelo avanço da tecnologia com a realização de ressecções anteriores baixas -, a amputação abdominoperineal ainda é indicada, e colostomia abdominal definitiva se impõe<sup>10</sup>. Por ora parece que está longe se ser técnica proscrita como foi publicado na literatura após os animadores resultados da excisão total do mesorreto: "an endangered operation"<sup>9</sup>.

Lázaro da Silva participou de linha de pesquisa sobre intestino delgado<sup>11</sup> e propôs este estudo no cólon<sup>12,16</sup> e entra para o grupo de autores que busca opções para evitar a colostomia abdominal definitiva<sup>8,19,7,1</sup>. Em 1991 publicou sua experiência: amputação abdominoperineal modificada, ou seja amputação abdominoperineal mais colostomia perineal com irrigação. O objetivo era evitar a colostomia abdominal definitiva mantendo a radicalidade do tratamento para lesões que justifiquem a ressecção do esfíncter anal.<sup>11,12,16,13,14,15</sup>

O autor comenta: “sem tomar partido [...] há que se fazer de tudo para evitar uma colostomia [...] quando se vive num mundo contemporâneo em que o culto ao físico é uma realidade. Realidade tão marcante que as mulheres estão se expondo fisicamente cada vez mais enquanto os homens voltam suas preocupações e atitudes para a beleza de seu físico exterior. São situações contemporâneas que não se lhes pode negar valores ou apoio, antes do que crítica”<sup>16</sup>.

O objetivo deste estudo foi avaliar a técnica de amputação abdominoperineal mais colostomia perineal com irrigação como alternativa à colostomia abdominal definitiva através de levantamento de 55 pacientes, submetidos à amputação abdominoperineal do reto mais colostomia perineal no período de 1989 a 2010.

## MÉTODO

### Operação

A amputação abdominoperineal do reto é a operação-padrão com a retirada de uma peça cilíndrica com mesorreto íntegro. Mobilização sistemática do colo esquerdo e ligadura da artéria e veia mesentéricas inferiores, com muito cuidado com a arcada marginal. Confeccionam-se três seromiotomias, que consistem em secção das camadas serosa, muscular longitudinal e muscular circular, circunferencial (360°), até a protrusão da mucosa seguida de suturas seromusculares invaginando a mucosa (Figura 1).

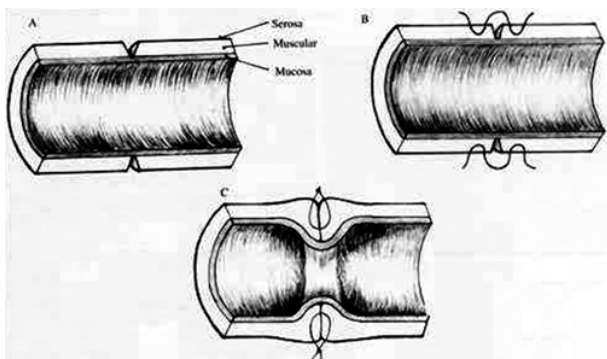


FIGURA 1 - O desenho esquemático ilustra a seromiotomia circunferencial (A) e a sutura seromuscular invaginando a mucosa (B, C)<sup>24</sup>

Inicia-se a confecção das válvulas a 10 cm cranialmente da colostomia perineal, distando 10 cm uma da outra (Figuras 2 e 3).



FIGURA 2 - Seromiotomia com exposição da mucosa no segmento de cólon abaixado (seta)

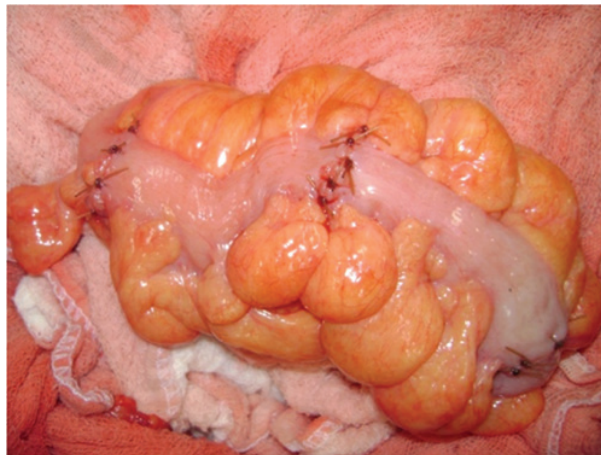


FIGURA 3 - Três seromiotomias (válvulas confeccionadas no cólon abaixado) distando 10 cm uma da outra

A seguir faz-se o abaixamento do cólon e sutura-se a sua borda na pele perineal. Se a apresentação do tumor impuser a necessidade de retirada de maior quantidade de pele, pode-se rodar um retalho cutâneo, em zetaplastia que facilita a aproximação das bordas da pele com a borda da estomia (Figuras 4A, 4B, 4C e 4D), ou deixar que a granulação ocupe o espaço vazio na pelve.



FIGURA 4 - A) paciente de 37 anos com colostomia perineal há cinco anos e seis meses; B) paciente de 71 anos com colostomia perineal há 20 anos; C) paciente de 49 anos com colostomia perineal há quatro anos e sete meses mostrando discreto prolapso e ausência de dermatite; D) rotação de retalho cutâneo (seta preta) para cobrir o defeito da sacrectomia a colostomia perineal estenosada (seta azul) em colostomia perineal há quatro anos e cinco meses.

A continência dos pacientes é feita pela autoirrigação. Os mesmos são treinados a fazer uma irrigação na colostomia perineal, com água morna corrente de chuveirinho. No início, o intervalo estabelecido é de três em três dias. Com o tempo cada paciente estabelece o intervalo de limpeza de acordo com a sua necessidade e o seu bem estar.

## RESULTADOS

A média de idade foi de 58 anos (38–80), sendo 40% (n=22) de homens e 60% (n=33) de mulheres. Em 94,5%

(n=52) dos pacientes a indicação cirúrgica foi por câncer de reto; em 3,63% (n=2) foi por câncer de ânus e em 1,81% (n=1) por doença de Crohn perineal grave. Quanto à altura do tumor em relação à borda anal 40,38% estavam a 2 cm; 15% a 3 cm; 1,92% a 4 cm; 5,76% a 5 cm; 1,92% a 7 cm e 3,84%, sem anotações no prontuário. Quanto ao número de válvulas, foram confeccionadas três válvulas em 51% dos pacientes e duas em 18%; em 18% não foram confeccionadas válvulas e em 13% não havia anotações no prontuário. As complicações observadas foram: prolapso mucosos em 10,9% que foram corrigidos com ressecção simples por acesso perineal e anestesia local; duas necroses do segmento abaixado, sendo que em uma paciente foi feito o rebaixamento e em outro ficou com colostomia abdominal definitiva à direita, pois a necrose atingiu o ângulo hepático; duas estenoses da estomia perineal com ressecção local e ressutura da estomia; uma estenose do introito vaginal por suspeita de recidiva; uma hérnia incisional; uma hemorragia intraoperatória com controle; nenhum óbito no pós-operatório imediato; três deiscências da colostomia perineal, com sutura primária, e uma obstrução intestinal após um ano da operação da amputação por aderência da alça a pele, com morte do paciente.

Quanto à irrigação, ela foi autocuidado viável, com períodos muito variáveis de acordo com a necessidade e circunstância do próprio paciente. O intervalo de irrigação também foi muito variado entre os pacientes, sendo diariamente, de 2/2 até 5/5 dias, e em dias alternados. Um paciente preferiu evacuar duas a três vezes por dia com a prensa abdominal ao invés de fazer a irrigação. Foi impossível colher dados de sobrevida e qualidade de vida decorrente da idade dos pacientes e a dificuldade de localizá-los.

## DISCUSSÃO

Ressecção radical do tumor primário incluindo os linfonodos regionais, técnica apurada da operação com preservação dos nervos perineais e procedimento cirúrgico continente com preservação do esfíncter anal, são pilares da terapia cirúrgica moderna para o câncer de reto. A ressecção anterior baixa, incluindo a excisão total do mesorreto é o tratamento de escolha para o câncer do reto médio ou baixo. A amputação abdominoperineal com colostomia definitiva é geralmente indicada para câncer de reto baixo com a invasão do complexo do esfíncter ou na insuficiência dele<sup>2</sup>.

A sobrevida livre de doença mais longa, em decorrência dos avanços da técnica cirúrgica, da terapia adjuvante e das tecnologias utilizadas na abordagem dos pacientes, reforça a importância de se utilizar a qualidade de vida como medida de avaliação nos tratamentos realizados, principalmente no que diz respeito ao resultado funcional<sup>3,22</sup>.

O estoma intestinal é um forte fator de impacto emocional e físico para as pessoas que os apresentam, pois há alteração não só da imagem corporal e autoestima, como também em aspectos funcionais associados. Com isso, nota-se a necessidade de acompanhar e tentar reabilitar pacientes estomizados por meio de cuidados específicos, como por exemplo a autoirrigação possibilitando melhor controle intestinal, o que reflete em sua qualidade de vida<sup>2</sup>.

Como muitos estudos sugerem que os pacientes com estoma têm pior qualidade de vida do que aqueles sem estoma e, como muitos pacientes consideram que a vida com colostomia permanente é inaceitável, os limites da operação preservadora da continência têm sido expandidos nas últimas décadas. Avanços na técnica cirúrgica, com a introdução de ressecção interesfínteriana e melhor conhecimento das margens distais de segurança necessárias, resultaram em maior preservação do esfíncter mesmo em tumores muito baixos. Isso foi baseado na suposição de que a qualidade de vida poderia ser melhor ao evitar estoma permanente em câncer retal baixo<sup>22</sup>.

Estudos demonstram melhoria na qualidade de vida de pessoas em uso de métodos de controle intestinal. Uma amostra de pacientes colostomizados em uso do método de controle intestinal como a autoirrigação, apresentou escores médios maiores do que aqueles obtidos por pacientes que não os utilizavam, com diferença significativa ( $p < 0,001$ ), obtidos em todos os domínios na qualidade geral dos pacientes colostomizados<sup>4,23</sup>.

A colostomia perineal consta no arsenal das operações colorretais por proporcionar a reabilitação da função neoanal ao promover o controle da exoneração do conteúdo intestinal. O mais relevante é que evita colostomia abdominal definitiva. Destacam-se como vantagens da técnica: evitar-se colostomia abdominal; preenchimento a pelve; preservação do caráter oncológico do tratamento, não interferindo na exérese em bloco dos tecidos pélvicos; reparação cicatricial em torno de um quarto do tempo; secreção da mucosa cólica é pequena ou não existe devido à oclusão parcial e à mínima exteriorização do cólon na pele; oferece melhores condições de convívio do que o uso da bolsa; a continência é relativa; o paciente pode programar higiene de acordo com a sua conveniência; evita anastomose baixa; evita sepse pélvica com ileostomia definitiva; recompõe a vagina nas suas paredes laterais e posterior quando ela for incluída na ressecção; a exoneração vesical é eficaz; a cicatrização perineal é mais rápida; evita hérnia colostômica abdominal e perineal; economiza dinheiro, porque dispensa o uso da bolsa e tratamento das dermatites; não predispõe à vaginose e nem à infecção do trato urinário; não tem cheiro e nem barulho de gases; não requer rotação de retalhos de rotina não aumentando a morbidade da operação, o tempo operatório e o risco de perda do mesmo; pode ser realizada em pacientes que se submeteram à neoadjuvância e não atrasa a adjuvância se indicada.

Na vivência diária, quando o cirurgião oferece esta opção para os pacientes, eles preferem esse método à colostomia definitiva na parede abdominal<sup>10,9,13,14,15,25,26</sup>.

A válvula confeccionada não consegue impedir o funcionamento de todos os mecanismos de motilidade. Provavelmente torna-os menos efetivos e descoordenados, por isto não é obstrutiva e sim contendora. Ela retarda o tempo de trânsito do conteúdo intestinal e aumenta o tempo de contato dos nutrientes com a mucosa, decorrente da estase e dilatação que ela provoca, mas sem significado clínico<sup>21,24</sup>.

Importantes estudos, nas últimas décadas, mostraram que é possível reproduzir a técnica em modelo animal. A confecção da seromiotomia gerou estenose parcial secundária, formando anel fibroso com elevação da mucosa em direção à luz do tipo valvular com descontinuidade da musculatura longitudinal e transversal. As análises clínica evolutiva, radiológica, anatomopatológica e imunoistoquímica levantaram a possibilidade de que a secção da camada muscular, acompanhada de secção dos feixes do plexo de Auerbach, prejudicam a propagação do impulso motor por desnervação cirúrgica. Análises morfológicas, da distensão do colo e histológicas, quanto à presença de fibrose no local da seromiotomia, confirmaram que a estenose parcial obtida com as suturas e suas repercussões são as responsáveis pelo mecanismo frenador do conteúdo intraluminal<sup>6,20,5,18</sup>.

A irrigação é autocuidado desejável. É método mecânico que visa a regulação da atividade intestinal por meio da lavagem do intestino através do estoma. Sua finalidade é adaptar o intestino a funcionar com maior regularidade, com intervalo de dias variável, o que proporciona ao paciente ostomizado período isento de preocupação<sup>16,4,24,18</sup>.

Nesta casuística o grande pesar foi não conseguir o levantamento de dados de todas as variáveis consideradas importantes, como qualidade de vida e evolução da colostomia perineal. Tem-se acompanhado pacientes com no mínimo três anos e no máximo 20. Os bons testemunhos é que estimulam a continuar pesquisando o assunto. Nenhum

paciente retornou pedindo para reverter a colostomia perineal para colostomia abdominal. Das coisas mais importantes que uma paciente portadora de colostomia perineal disse aos seus 82 anos de vida e 20 anos de colostomia perineal é que ela depois desta doença não precisou de ninguém para cuidar dela: "eu tenho privacidade". Internou-se em 2010 para ser operada de câncer de bexiga.

A sobrevida não foi o foco principal desta discussão, pois ela depende do estadiamento e do prognóstico do tumor, do refinamento técnico do cirurgião e da técnica operatória proposta.

## CONCLUSÃO

A técnica da colostomia perineal atende aos objetivos atuais do tratamento cirúrgico do câncer de reto que compromete o esfíncter, ou seja ressecção radical da neoplasia oferecendo reconstituição da função neoanal com maior qualidade de vida. Há grande satisfação dos pacientes, pois ela oferece, além da proposta de intensão curativa, reabilitação muito próxima à condição fisiológica<sup>16</sup>.

## REFERÊNCIAS

- Altomare D F, Rinaldi M, Martinelli E, Veglia A, Sallustio P. Perineal colostomy following Miles procedure: from reconstructive surgery to the artificial anal sphincter. *Osp Ital Chir* 2000; 6(6):572-77.
- Allal AS et al. Sphincter-sparing surgery after preoperative radiotherapy for low rectal cancers: feasibility, oncologic results and quality of life outcomes. *Br J Cancer* 2000; 82(6):1131-7
- Camilleri-Brennan J, Steele RJ. Objective assessment of morbidity and quality of life after surgery for low rectal cancer. *Colorectal Dis*: 2002 4(1):61-6621.
- Cesaretti IUR, Santos VLCCG, Vianna LAC. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 16-21.
- Deoti B, Arantes RME, Campos CF, Hayck J, Lázaro da Silva A. Morphology and immunohistochemistry of the myenteric plexus of valves constructed in the colon of rats submitted to abdominoperineal amputation and perineal colostomy. *Acta Cir Bras*. 2013;28(4): 272-81
- Deoti B, da Silva AL, Costa MZ, Dinali AC. Histological study of the left colon of rats after extra-mucosal seromyotomy (continent valves): evaluation of colonic emptying. *Acta Cir. Bras*. 2008; 23(3):230-36.
- Goldsmith HS. Fecal control following pyloric valve transposition after abdominoperineal resection. *Tech Coloproctol* 2003; 7:95-101.
- Gurusamy KS, Marzouk D, H. Benziger. A review of contemporary surgical alternatives to permanent colostomy *International Journal of Surgery* 2005; 3:193-205.
- Heald RJ, Chir M, Smedh RK, Kald A, Sexton, Moran BJ. Abdominoperineal Excision of the Rectum – An Endangered Operation. *Dis Colon e Rectum* 1997; 40(7):747-51.
- Lavery IC, Lopez-Kostner F, Fazio VW, Fernandez-Martin M, Mikom JW, Church JM. Chances of cure are not compromised with sphincter-saving procedures for cancer of the lower third of the rectum. *Surg* 1997; 122:779-85.
- Lázaro da Silva A. Tentativa de tratamento do "Dumping" através de um "esfíncter" ileal. *Rev Assoc Med Minas Gerais* 1974; 25(1):32-33.
- Lázaro da Silva A. Amputação abdominoperineal com colostomia perineal. *Rev Bras Coloproct* 1991; 11(3):105-8.
- Lázaro da Silva A. Amputacion Abdominoperineal com colostomia perineal. *Pren Med Argent* 1993; 82:800-04.
- Lázaro da Silva A. Abdominoperineal excision of the rectum and anal canal with perineal colostomy. *Eur J Surg* 1995; 161:761-64.
- Lázaro da Silva A. Amputação abdominoperineal com colostomia perineal. *Dia a Dia Gastroenterol* 1997; 2(3): 22-3.
- Lázaro da Silva A. Tratamento do câncer reto-anal. *Colostomia perineal*. Atheneu 1998; 1:1-206.
- Miles WE. A method of performing abdomino-perineal excision for carcinoma of the rectum and of the terminal portion of the pelvic colon. *Lancet* 1908; 2:1812-13.
- Oliveira JZ. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia de amputação abdominoperineal do reto com colostomia abdominal ou colostomia perineal, 2010 [Dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2010.
- Sato T, Konishi F, Ueda K, Kashivagi H, Kanazawa K, Nagai H. Physiological anorectal reconstruction with pudendal nerve anastomosis and a colonic S-pouch after abdominoperineal resection: report of 2 successful cases. *Surg* 2000; 128(1):116-120.
- Siqueira SL, Lázaro da Silva A, Reis OAF, Fantauzzi RS, Silva Jr. OM, Sales PGO. Estudo de válvulas artificiais no cólon esquerdo após amputação abdominoperineal parcial do reto mais colostomia perineal, em cães. *Arq Gastroenterol* 2006; 43(2):125-31.
- Silva Junior AL, Lázaro da Silva A, Castro LPF. Histopatologia da seromiotomia dupla e sutura seromuscular no cólon descendente de ratos. *Rev Col Bras Cir* 1999; 26(6):367-73.
- Sprangers M.A.G., Velde A., Asronson N.K., The construction and testing of the EORTC colorectal cancer-specific quality of life questionnaire module (QLQ-CR38). *Eur J Cancer*. 1999.
- Valenti MT, Salabert SN, Borsot AG. Estudio comparative sobre los beneficios de la irrigación de la persona colostomizada: adaptación, confort y costes. *Enfermería Clínica*. 1999;9(1):7-12.
- Veloso SG, Biet R, Rios MA, Leite VHR, Lázaro da Silva A. Eficácia da confecção de válvulas colônicas após ressecção retoanal em ratos. *Rev Col Bras Cir* 2001; 28(5):356-63.
- Velitchkov NG, Kirov GK, Losanoff JE, et al. Abdominoperineal resection and perineal colostomy for low rectal cancer. *The Lázaro da Silva Technique*. *Dis. Colon Rectum* 1997; 40(5):530-3.
- Velitchkov NG, Kirov GK, Losanoff JE, et al. Lázaro da Silva perineal colostomy after abdominoperineal resection of the rectum. *8th World Congress of the International Gastro-surgical Club* 1998; 1:15-18.