
BLOQUEIO PERIDURAL EM CIRURGIA COLO-PROCTOLÓGICA DE GRANDE PORTE

HERMES DE JESUS SANTANA, TSBCP
JUVENAL DA ROCHA TORRES NETO, TSBCP
MÁRIO AUGUSTO DO N. VIDAL
NELMA MARIA BARBOSA DA SILVA SANTANA
JOSÉ JEOVÁ DE OLIVEIRA FILHO
CELSO MARQUES DOS SANTOS
ENEDINO FERREIRA DA SILVA FILHO
RAQUEL DA SILVA MENDONÇA

SANTANA HJ, TORRES NETO JR, VIDAL MAN, SANTANA NMBS, OLIVEIRA FILHO JJ, SANTOS CM, SILVA FILHO EF & MENDONÇA RS - Bloqueio peridural em cirurgia colo-proctológica de grande porte. *Rev bras Colo-Proct*, 1885; 15(4): 178-181

RESUMO: Foi realizado um estudo retrospectivo de 110 anestésias para procedimentos cirúrgicos colo-proctológicos de grande porte efetuados no período de 1990 a 1994. No grupo estudado evidenciou-se um predomínio de cirurgias do tipo Duhamel-Haddad, com incidência em torno de 33% e uma faixa etária que variava de dois a 77 anos. Os bloqueios peridurais foram utilizados em 73,6% dos indivíduos (sendo que 11,1% destes tiveram que ser associados a anestesia geral) e raquídeos em 15,5%. O decorrer das anestésias foi geralmente sem intercorrência e com pequeno número de complicações pós-operatórias. Os resultados apresentados tendem a mostrar que esta técnica merece ter seu uso difundido e que constitui uma boa opção para o anestesiológico em sua prática diária.

UNITERMOS: anestesia; cirurgia colo-proctológica

Tanto o bloqueio subaracnóideo quanto o peridural foram descritos no final do século passado, quando Corning relacionou anestesia subaracnóidea e medicações locais na medula, permanecendo dúvidas até o atual momento se ele havia produzido um bloqueio subaracnóideo ou peridural com a injeção de cocaína entre os processos espinhosos do cão. No princípio houve maior progresso da anestesia subaracnóidea que da peridural. Esta veio tornar-se mais popular somente nos últimos anos, principalmente devido a sua ampla aplicabilidade em obstetrícia. Mas, a anestesia

peridural possui algumas vantagens e desvantagens sobre a raquídea. Entre as vantagens estão incluídas: a possibilidade de anestesia segmentar, raramente desencadeia cefalalgia, menor probabilidade de hipotensão, maior duração do bloqueio. Entre as desvantagens encontram-se a exigência de maior habilidade técnica, maior volume de anestésico injetado, possibilidade de bloqueios mais altos. A anestesia peridural também possui algumas vantagens sobre a anestesia geral, pois proporciona um relaxamento muscular suficiente com retorno mais rápido do peristaltismo intestinal, pode ser realizada em pacientes que possuam contra-indicações para bloqueios neuromusculares, oferece uma recuperação mais suave, além de que possibilita manter analgesia pós-operatória através do uso de catéter. A eficácia dos bloqueios peridurais depende de fatores ligados: ao paciente (idade, anatomia), à técnica em si (local da punção, velocidade da injeção) e da solução anestésica (PH, dose). As principais complicações deste bloqueio são: injeção acidental no espaço subaracnóideo (raquí total), injeção intravascular, perfuração da dura-máter, dose tóxica, hipotensão, lesão medular.

Esse trabalho destina-se a analisar os resultados de 81 bloqueios peridurais realizados para intervenções cirúrgicas colo-proctológicas de grande porte, em pacientes de várias faixas etárias, durante os últimos quatro anos, no referido serviço.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados 110 prontuários de pacientes submetidos a cirurgia colo-proctológica de grande porte no Serviço de Colo-Proctologia no Hospital das Clínicas Dr. Augusto Leite no período de 1990 a 1994. As cirurgias realizadas no Serviço, bem como suas incidências entre 1990 a 1994 são ilustradas na Tabela 1. Tais procedimentos cirúrgicos foram realizados sempre pela mesma equipe cirúrgica e obedecendo às normas do Serviço de Colo-Proctologia. O tempo cirúrgico variava com o tipo de cirurgia e eventuais intercorrências per-operatórias (Tabela 2).

Os segmentos dos cólons exteriorizados estão relacionados no Quadro 2.

Quadro 2 - Segmento do cólon exteriorizado.

Segmento	Nº pacientes
Ceco*	5
Cólon ascendente	5
Flexura cólica direita	4
Cólon transverso proximal	135
Cólon transverso distal	16
Flexura cólica esquerda	4
Cólon descendente	3
Sigmóide	113
Total	285

*Foram incluídos três casos de cecostomias realizadas com sondas.

Os tipos de colostomias adotados são citados no Quadro 3.

Quadro 3 - Tipos de colostomias.

Tipo	Nº pacientes
Em alça	188
Em boca única terminal	55
Hartmann	26
Em duas bocas	13
Com sonda	3
Total	285

RESULTADOS

Dos 285 pacientes submetidos a colostomia, 239 evoluíram sem intercorrências, mas 16 complicaram, sendo que três destes com mais de uma, totalizando 49 complicações (17,1%).

Os números de complicações, relacionados com os tipos de colostomias, estão citados no Quadro 4.

Quadro 4 - Tipos de colostomias e complicações.

Tipo de colostomia	Nº de casos	Nº de complicações	%
Em alça	188	26	13,8
Boca única terminal	55	11	20,0
Hartmann	26	9	34,5
Em duas bocas	13	3	23,0
Com sonda	3	0	0,0

A relação entre complicações de colostomias e o segmento do cólon exteriorizado é mostrado no Quadro 5.

Quadro 5 - Segmento do cólon exteriorizado e complicações.

Segmento do cólon	Nº de casos	Nº de complicações	%
Ceco	5	2	40,0
Cólon ascendente	5	3	60,0
Flexura cólica direita	4	0	0,0
Cólon transverso proximal	135	16	11,8
Cólon transverso distal	16	7	43,7
Flexura cólica esquerda	4	2	50,0
Cólon descendente	3	0	0,0
Cólon sigmóide	113	19	16,8

As complicações encontradas estão descritas no Quadro 6.

Quadro 6 - Complicações das colostomias.

Complicações	Nº pacientes	%
Prolapso	9	18,9
Retração	8	16,3
Necrose	6	12,2
Estenose	6	12,2
Hérnia paracolostômica	5	10,2
Sangramento do estoma	5	10,2
Erosões cutâneas	2	4,0
Abscesso paracolostômico	2	4,0
Carcinoma recidivante na colostomia	2	4,0
Evisceração paracolostômica ao intestino delgado	1	2,0
Perfuração da colostomia	1	2,0
Necrose do coto da bolsa de Hartmann	1	2,0
Total	49	100,0

O prolapso da colostomia ocorreu em nove pacientes. Em oito casos deu-se em colostomia em alça, cinco desses em transversostomia distal, em dois casos em transversostomia proximal e outro em colostomia do sigmóide. Houve ainda outro caso em boca única terminal.

Em oito casos houve retração da colostomia, em seis, esta se deu nas colostomias em alça, sendo duas no transverso proximal, duas no cólon ascendente e outras duas na flexura cólica esquerda. Nos dois casos restantes ocorreram em colostomias em boca única (uma terminal e outra tipo Hartmann).

Necrose ocorreu em seis colostomias, quatro vezes em colostomias em alça e nas duas em colostomias em boca única terminal.

Em seis pacientes houve estenose: três casos de colostomia terminal, um caso em colostomia tipo Hartmann, outro em colostomia em alça e ainda outro em duas bocas. Notamos que duas estenoses ocorreram em 11 pacientes com colostomias maturadas tardiamente (18,2%), contra 1,5% nas colostomias com maturação precoce (4 em 274).

Hérnia paracolostômica comprometeu cinco pacientes, sendo em três submetidos à colostomia em alça e dois à colostomia terminal.

Cinco pacientes sofreram sangramento do estoma, resolvidos clinicamente.

Erosão cutânea acometeu dois pacientes submetidos à cecostomia em alça.

Dois pacientes submetidos à ressecção abdominoperineal do reto por neoplasia apresentaram recidiva tumoral na boca da colostomia.

Evisceração paracolostômica do intestino delgado ocorreu em paciente com colostomia tipo Hartmann e foi necessário ressecar esse segmento devido à necrose.

Em um paciente houve perfuração intracavitária da colostomia devido a auto-manipulação digital.

Dois pacientes com colostomia tipo Hartmann sofreram complicações do coto, um com necrose e outro com deiscência.

Das colostomias localizadas na incisão principal, cinco complicaram (22,7%), destacando-se hérnia paracolostômica em dois casos (9,1%). As colostomias afastadas da incisão principal complicaram em 16,7% das vezes.

Houve três óbitos relacionados com complicações das colostomias e todos conseqüentes a peritonite. Um paciente com transversostomia em alça teve retração e afundamento do estoma na cavidade abdominal; outro com transversostomia em alça teve perfuração e o terceiro sofreu necrose da sigmoidostomia.

A incidência total da morbidade e letalidade das colostomias foram, respectivamente, de 16,1% e 1,1%.

COMENTÁRIOS

A incidência de complicações na realização das 285 colostomias não foi alta (17,2%), comparando com os valores referidos na literatura, que mostraram incidências ainda maiores (Green, 1966; Vera et al., 1972; Stothert Júnior et al., 1982).

O prolapso foi a complicação mais freqüente (18,3% do total). Green (1966) relatou 25,0% e Clemente et al. (1986) 15,0%. A sua freqüência foi mais elevada nas colostomias em alça, destacando-se aquelas realizadas no cólon transversal distal, das quais 31,2% sofreram prolapso, o que pode ser explicado pela presença de segmento longo de cólon móvel proximal à colostomia. Hines e Harris (1977) e Chandler e Evans (1978) citam serem os prolapsos mais freqüentes nas colostomias do transversal proximal em relação ao distal.

A retração constituiu 16,3% das complicações. Quando realizada no cólon ascendente e flexura cólica esquerda atingiu incidências mais elevadas (40,0 a 50,0% dessas complicações, respectivamente), por serem esses locais de difícil exteriorização, ficando a colostomia muitas vezes sob tensão.

Houve necrose do estoma em seis casos (12,2% das complicações). Em três houve tensão da colostomia; em outro ocorreu rotação inadvertida da colostomia e outros dois casos não houve causa aparente.

A estenose ocorreu igualmente em seis casos (12,2%) com incidência maior: nas colostomias com maturação tardia, tendo ocorrido duas em 11, em relação à maturação precoce,

que foi de quatro em 274. Patey (1951) e Nieves et al. (1984) também referiram esta relação, devido ao tecido de granulação que se forma sobre a superfície serosa exposta, que se reverte em tecido fibroso.

Ocorreram dois casos de hérnias paracolostômicas (3,6%) em colostomias terminais, utilizando a exteriorização do cólon através do músculo reto do abdômen. Rodrigues et al. (1989) citaram 10,5% de hérnia paracolostômica ao utilizarem a colostomia ilíaca clássica e não observaram essa complicação nas colostomias umbilicais, preconizadas por Raza (1977), Vera (1978), com a utilização da hérnia extraperitoneal, proposta por Goligher (1958), observou uma diminuição de hérnia paracolostômica de 31,0% para 11,0%.

A recidiva tumoral na boca da colostomia ocorreu em 4,0% das complicações (dois em 49). Boreham (1958) também citou dois casos.

Nas colostomias tipo Hartmann ocorreu necrose do coto em um paciente e deiscência em outro.

As colostomias localizadas na incisão principal apresentaram mais complicações (22,7%) que as colostomias distantes dela (16,7%), apresentando Green (1966) diferenças mais significativas.

Houve três óbitos relacionados com complicações das colostomias, por necrose, afundamento e perfuração, ocasionando letalidade de 1,1%.

CONCLUSÕES

No material analisado:

1. A morbidade das colostomias foi de 16,1% com três óbitos (1,1%).
2. As complicações mais freqüentes foram prolapso, retração, necrose e estenose.
3. O prolapso predominou nas colostomias em alça.
4. A retração ocorreu próxima às flexuras, em colostomias realizadas sob tensão.
5. A estenose ocorreu mais freqüentemente em colostomias com maturação tardia.
6. Colostomias realizadas na incisão principal complicaram mais vezes.

BIANCHINI PA, KLUG WA & CAPELHUCHNICK P - Analysis of complications of 285 colostomy patients.

SUMMARY: The colostomy literature states that complications are frequent (7 to 51%). For this reason 285 patients of the Department of Surgery of Santa Casa de Misericórdia de São Paulo were analysed. As a result were observed: Morbidity at a rate of 16.1% and mortality at a rate of 1.1%. The most frequent complications were prolapse (18.9%) retraction (16.3%), necrosis (12.2%) and stricture (12.2%). Complications were more frequent associated with the main incision (22.7%) than with secondary incision (16.7%).

KEY WORDS: colostomy; colon

REFERÊNCIAS

- Boreham P. Implantation metastases from cancer of the large bowel. *Br J Surg* 1958; 46: 130-8.
- Burns FJ. Complication of colostomy. *Dis Colon Rectum* 1970; 13: 448-50.
- Chandler JG, Evans BP. Colostomy prolapse. *Surgery* 1978; 84: 577-82.
- Clemente A, Barbato VP, Alfaro LA, Ruiz JM. Complicaciones de la colostomia. *Rev Venez Cir* 1986; 36: 35-8.
- Goligher JG. Extraperitoneal colostomy of ileostomy. *Br J Surg* 1958; 46: 97-101.
- Green EW. Colostomies and their complications. *Surg Gynecol Obstet* 1966; 122: 1230-2.
- Hines JR, Harris GD. Colostomy and colostomy closure. *Surg Clin N Amer* 1977; 57: 379-92.
- Leão PHS. O astazedo do 3º milênio. *Ceará Med Co* 1994; 6: 32.
- Nieves PM, Bayeh YN, Corzo R. Colostomias: experiencia en el hospital central del IVSS. *Rev Soc Ven Cirurgia* 1984; 23: 215-21.
- Pachter HL, Haballah JJ, Corcoran TA, Hofstetter SR. The morbidity and financial impact of colostomy closure in trauma patients. *J Trauma* 1990; 30: 1510-3.
- Patey DH. Primary epithelial apposition of colostomy. *Proc R Soc Med* 1951; 44: 423-4.
- Raza SD, Portin BA, Bernhoft W. Umbelical colostomy: a better intestinal stoma. *Dis Colon Rectum* 1977; 20: 226-30.
- Rodrigues SE, Duran BP, Hermansen T. Colostomia umbelical en resseccion abdominoperineal de recto. *Rev Chil Cir* 1989; 41: 153-5
- Saka S, Rao N, Stephenson S. Complications of colostomy. *Dis Colon Rectum* 1973; 16: 515-8.
- Stohtert Júnior JC, Brucacher L, Simonowitz DA. Complications of emergency stoma formation. *Arch Surg* 1982; 117: 307-9.
- Vera G, Hervé L, Gonzalés J, Flisfisch H, Jerez A. Complicaciones en las colostomias. *Arch Soc Cir Chile* 1972; 24: 215-6.
- Vera G. Colostomias extraperitoneales tipo Goligher. *Arch Soc Cir Chile* 1978; 30: 137-42.