

JULHO / SETEMBRO 2004

ARTIGOS ORIGINAIS

**CORREÇÃO DE PROCIDÊNCIA DE COLOSTOMIA POR  
ABORDAGEM LOCAL**

JOÃO CARLOS MAGI -TSBCP  
MARCUS FÁBIO MAGALHÃES FONSECA  
GEANNA MARA LINO E SILVA DE RESENDE GUERRA - ASBCP  
HENRIQUE FRANCISCO DE SOUZA E SOUZA - FSBCP  
JOÃO BATISTA DE PAULA FRAGA - ASBCP  
GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA - TSBCP

MAGI JC; FONSECA MFM; GUERRA GMLSR; SOUZA HFS; FRAGA JBP; FORMIGA GJS. Correção de Procidência de Colostomia por Abordagem Local. *Rev bras Coloproct*, 2004;24(3): 198-202.

**RESUMO:** A procidência de colostomia é complicação comum, muitas vezes levando a necrose da alça exteriorizada. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis com o uso de técnica de ressecção da alça prolapsada com abordagem local do cólon, preservando seu mesentério e sem atuar na pele. Foram estudados, retrospectivamente, três pacientes com colostomia em alça, operados no período de abril de 2001 a dezembro de 2003, todos com necrose da alça procidente. É descrita a técnica e os resultados.

**Unitermos:** procidência, colostomia.

**INTRODUÇÃO**

A procidência de colostomia é complicação comum em colostomizados<sup>1-3</sup>, sendo a necrose distal da alça prolapsada uma de suas complicações. Várias técnicas foram descritas para sua correção<sup>4,5</sup>, todavia há situações em que o cirurgião necessita ressecar a alça prolapsada, usando técnica que cause menor trauma ao paciente. Isto ocorre nos pacientes em condições clínicas deterioradas que não permitem um procedimento cirúrgico maior.

O objetivo deste trabalho é descrever a técnica de ressecção da alça prolapsada com abordagem local sem atuar na parede abdominal, com preservação de seu mesentério, e apresentar os resultados.

*Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo - SP.*

**PACIENTES E MÉTODOS**

Foram estudados, de forma retrospectiva, três pacientes com procidência de colostomia corrigidas pela técnica de abordagem local com preservação do mesocólon e sem atuar na parede abdominal, quanto ao sexo, idade, causa da indicação da colostomia, tipo de colostomia, condições locais da alça, risco cirúrgico anestésico e evolução pós operatória (Tabela-1).

A técnica utilizada consiste no corte longitudinal, com tesoura, da ponta do cone da alça procidente, após a sua exteriorização máxima, e exposição da serosa da alça interna e externa. (Figura-1)

Secciona-se longitudinalmente a parede externa preservando o mesocólon, até aproximadamente 1,5 cm antes de sua inserção na pele, seguido da ligadura escalonada do mesocólon rente à parede da alça externa. (Figura-2)

Realiza-se secção transversal da parede externa, mantendo a distância de 1,5 cm da pele em toda a circunferência. Após a secção transversal total e liberação de todo o mesocólon da alça externa, evertese a alça com visibilização do mesocólon da alça interna. (Figura-3)

Tracionada a alça interna até seu ponto fixo, liga-se o mesocólon da alça interna junto à parede da mesma, até a altura da borda da alça externa que foi seccionada anteriormente. (Figura-4)

Segue-se com incisão longitudinal da alça interna e posterior secção transversal de pequenos segmentos, alternados com sutura da alça externa e interna com pontos totais, seguindo toda a circunferência. Deve-se ter o cuidado de ligar antes o

mesocólon rente às paredes a serem ressecadas e colocando-o para dentro da cavidade pelo espaço entre as duas serosas. (Figura-5)

Ao final, com a sutura término-terminal com pontos simples totais completada em toda a circunferência e o mesocólon posto dentro da cavidade, coloca-se a área de sutura para dentro do intróito da colostomia. (Figura-6)

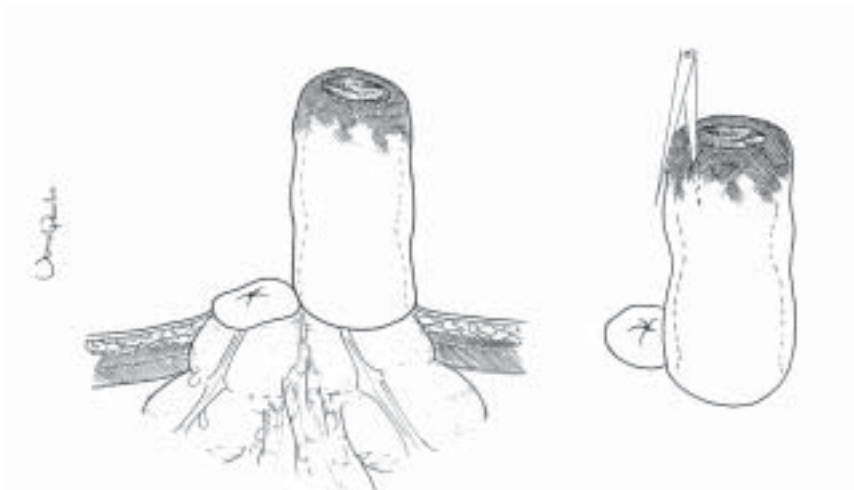
## RESULTADOS

Dos três pacientes operados, dois eram do sexo masculino. A média de idade foi de 63,6 anos (39-85 anos). Todos eram portadores de transversostomia em alça com procidência e necrose da boca distal. Ambos

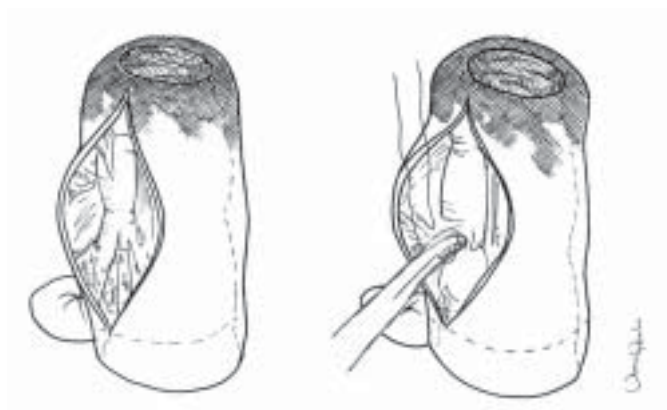
**Tabela 1 – Perfil dos pacientes.**

Paciente	1	2	3
<b>Sexo</b>	M	M	F
<b>Idade</b>	39	85	67
<b>Indicação da colostomia e estado clínico</b>	CEC de canal anal avançado, invadindo reto, região inguinal e glúteo, tratado com RT e QT, HIV +, CD4 de 178, infecção por citomegalovirus e toxoplasmose	Câncer de reto avançado, irressecável obstrutivo, com múltiplas metástases hepáticas e desnutrição	Fístula reto-vaginal decorrente de câncer de colo uterino avançado, tratado com RT e QT, desnutrida, metástases hepáticas, hidronefrose esquerda e TVP em MIE tomando anticoagulante
<b>Tipo e local da colostomia</b>	Em alça em cólon transverso	Em alça em cólon transverso	Em alça em cólon transverso
<b>Condições locais</b>	Necrose distal com 8 cm de extensão	Necrose distal com 6 cm de extensão	Necrose distal com 5 cm de extensão
<b>Risco cirúrgico anestésico</b>	Alto risco	Alto risco	Alto risco
<b>Tempo de procidência</b>	3 meses	3 meses	4 meses
<b>Evolução pós-operatória</b>	Sexto mês de PO da correção da procidência sem complicações ou recidiva da mesma, mas com piora do tumor anal	Idem quanto a procidência, mas faleceu após três anos por carcinomatose originada do câncer de reto	Idem quanto a procidência, faleceu após trinta dias da cirurgia por trombo-embolismo pulmonar por TVP de MIE

TVP= trombose venosa profunda. CEC=carcinoma espinho-celular. RT= radioterapia. QT=quimioterapia. MIE=membro inferior esquerdo. HIV= vírus da AIDS.



**Figura 1** – Corte longitudinal da ponta do cone da alça procidente com exposição da serosa das alças.

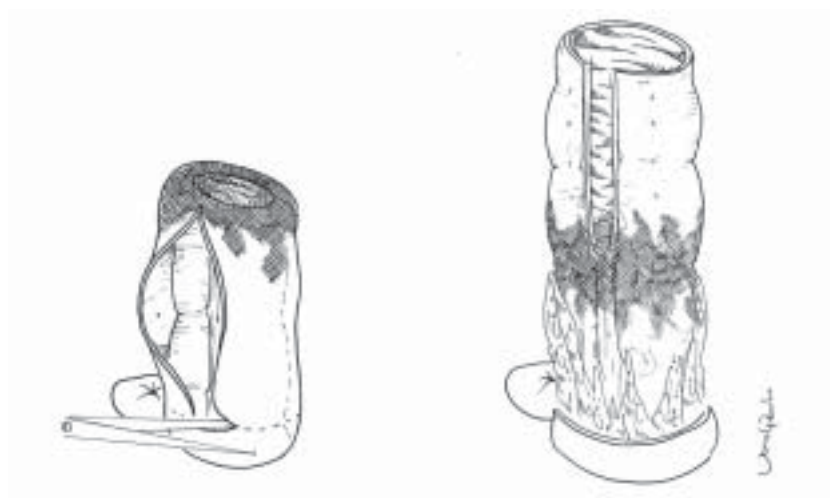


**Figura 2** – Incisão longitudinal da alça externa e ligadura do mesocólon.

foram operados na urgência e com alto risco cirúrgico, sendo submetidos a ressecção da alça procidente pela técnica de abordagem local, preservando o mesocólon e sem atuar na parede abdominal.

A anestesia utilizada foi a raquidiana, sem intercorrências.

O tempo médio de internação pós-operatória foi de quatro dias, sem complicações cirúrgicas e clínicas até a alta hospitalar. Todos os pacientes fizeram seguimento ambulatorial, não se observando complicações decorrentes da operação ou recidiva da procidência. Dois pacientes foram a óbito, um após três anos da correção da procidência, devido a carcinomatose pelo câncer do reto avançado, outro devido a tromboembolismo pulmonar no 30º pós-operatório da correção da procidência, decorrente de trombose venosa profunda em membro inferior



**Figura 3** – Secção transversal e eversão da alça externa.

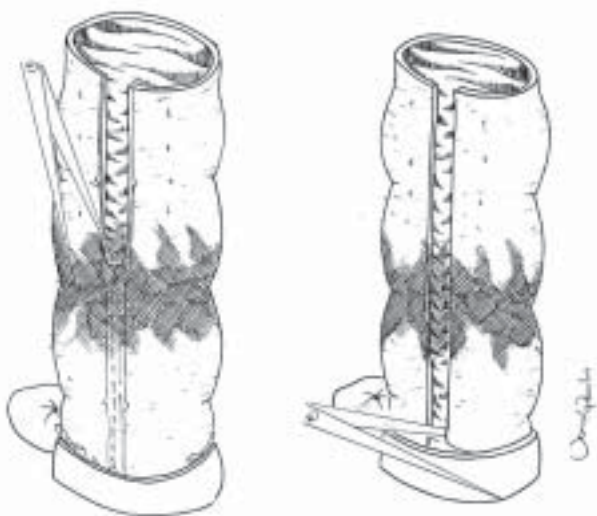


Figura 4 – Ligado o mesocólon da alça interna.

esquerdo, tendo como doença de base um câncer de colo uterino avançado, e fístula reto-vaginal. Um paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial no sexto mês após correção cirúrgica da procidência, sem recidiva, mas evolui com doença progressiva do carcinoma epidermóide de canal anal, irrisecável e não responsivo a radioterapia e quimioterapia.

## DISCUSSÃO

A procidência de colostomia é complicação comum em colostomizados, principalmente nas colostomias em alça, variando de 2 a 22% na literatura (1-3). Em alguns casos, a alça prolapsada evolui com necrose distal, havendo então a necessidade de ressecção cirúrgica.<sup>6,7</sup> Várias técnicas de correção de procidência de colostomia foram descritas<sup>4,5</sup>, devendo o cirurgião utilizar aquela mais adequada para cada caso.

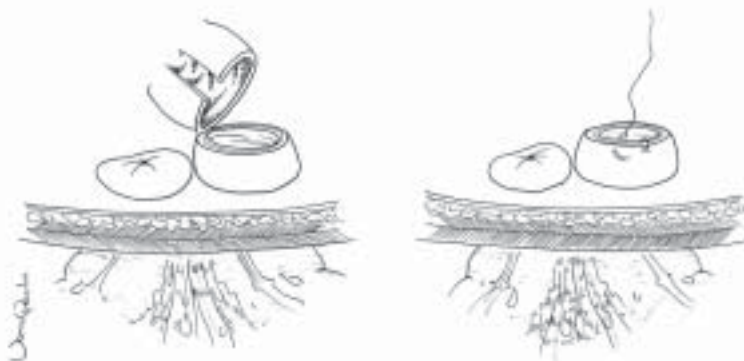


Figura 5 – Secção transversal da alça interna e anastomose.

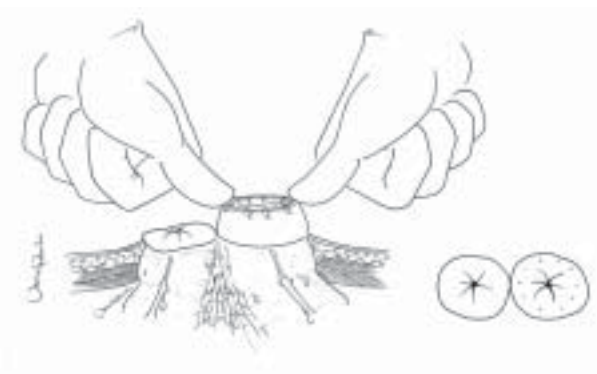


Figura 6 – Aspecto final da anastomose.

A técnica descrita neste trabalho propicia um baixo trauma cirúrgico, devido a abordagem local, sem necessidade de incisões na parede abdominal ou rematuração do ostoma. Este procedimento propicia também um baixo trauma anestésico, já que o sítio de atuação é um local de pouca sensibilidade.

O grupo de pacientes estudados não apresentou complicações imediatas e tardias decorrentes da correção da procidência, sendo a técnica utilizada eficiente e de baixa morbi-mortalidade.

A técnica por abordagem local com preservação do mesocólon sem atuar na parede abdominal, tem ampla indicação para correção de procidência de colostomia, sendo procedimento de escolha para pacientes com alto risco clínico e necrose distal da alça procidente.

## CONCLUSÃO

A técnica de ressecção apenas com abordagem local para correção de procidência de colostomia,

mostrou-se eficiente e de baixa morbi-mortalidade. Pode ser indicada nas correções das procidências de colostomia, sendo procedimento de escolha em pacientes de alto risco clínico e necrose distal da alça procidente.

---

**SUMMARY:** The colostomy prolapse is a common complication in patients with colostomy. In some cases we can find even necrosis of the loop stoma. The aim of this study is to describe the experience of the Department of Coloproctology at Heliópolis Hospital with the correction of prolapsed colostomy with a new local technique without accessing the abdominal wall. Three patients with prolapsed loop colostomy with limb ischemia who underwent surgical correction were studied, retrospectively, in the period between april 2001 and december 2003. We described the technical details and the results.

**Key words:** colostomy, prolapse; procidenti

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Park JJ, Pino A, Orsay C, et al. Stoma complication-the Cook Country Hospital Experience. **Dis Colon Rectum**. 1999;42(12): 1575-80.
2. Cheung MT. Complications of an abdominal stoma: an analysis of 322 stomas. **Aust N Z J Surg**. 1995;65(11):808-11.
3. Al-Salem AH, Grant C, Khawaja S. Colostomy complications in infants and children. **Int Surg**. 1992;77:164-66.
4. Agrez MV. Revision of transverse colostomy prolapse without stoma resiting. **Ann R Coll Surg Engl**. 1997;79:383-4.
5. Maeda K, Maruta M, Utsumi T, et al. Local correction of a transverse loop colostomy prolapse by means of a stapler device. **Tech Coloproctol**. 2004;8:45-6.
6. Maeda K, Maruta M, Utsumi T, et al. Pathophysiology and prevention of loop stomal prolapse in the transverse colon. **Tech Coloproctol**. 2003;7:108-11.
7. Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, et al. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. **Colorectal Dis**. 2003;5(1):49-52.

### Endereço para Correspondência:

João Carlos Magi  
Rua Paraíba, 717 - Centro  
09521-070 - São Caetano do Sul (SP)  
E-mail: jcmagi@hotmail.com