



## REVISÃO DA LITERATURA SOBRE COLOSTOMIAS E SUAS COMPLICAÇÕES NO PERÍODO DE 2015 A 2021

*Literature review on colostomies and their complications in the period from 2015 to 2021*

Paulo Cezar de Godoy Junior<sup>1</sup>, Alexandre Venâncio de Sousa<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Departamento de Cirurgia. Programa de Residência em Cirurgia Geral - Área Básica. Faculdade de Medicina de Jundiaí. Jundiaí - SP.

### Resumo

**Introdução:** A colostomia é uma abertura criada cirurgicamente no abdome, por onde uma parte do colo intestinal é introduzida para permitir a passagem das fezes. Existem três tipos básicos de colostomias, a terminal, em alça ou em dupla-boca. **Objetivo:** Realizar uma revisão da literatura sobre a confecção de colostomia e suas complicações no período de 2015 a 2021. **Método:** A busca dos trabalhos foi realizada na base de dados PUBMED, utilizando as seguintes palavras-chave: *colostomy AND (complications OR aggravations)*. Foram selecionados apenas os ensaios clínicos publicados nos últimos cinco anos. Todavia, artigos com datas de publicação superiores a cinco anos eventualmente foram utilizados na redação da Introdução da presente revisão. A busca, realizada no mês de setembro de 2021, retornou 38 artigos que atenderam, de início, a estratégia de busca previamente estabelecida. Após a leitura dos títulos e resumos, foi possível verificar que 22 trabalhos discutiam adequadamente o tema proposto para esta pesquisa. **Resultados:** A colostomia terminal foi considerada o procedimento padrão-ouro, embora seja o método que apresenta mais complicações. Por outro lado, tanto a colostomia em alça quanto em dupla-boca, parecem ser os mais comumente empregados pela maioria dos cirurgiões do aparelho digestório. As complicações precoces mais comuns foram a irritação da pele e formação de hematomas. Já as complicações tardias mais citadas foram o prolapso ou estenose da ostomia, hérnia parastomática, retração da ostomia, obstrução ileal, isquemia, necrose e hemorragia, além da formação de fístulas. **Conclusão:** Independentemente da técnica escolhida, o aspecto emocional do paciente candidato à colostomia, ou mesmo já colostomizado, deve ser respeitado antes, durante e após a cirurgia, considerando que a participação da equipe multidisciplinar, a começar pelo cirurgião, é imprescindível para que o paciente retorne o mais rapidamente ao convívio com a sociedade.

**Palavras-chave:** Cirurgia. Intestino. Colostomia. Técnicas. Complicações.

### Abstract

**Background:** A colostomy is a surgically created opening in the abdomen, through which a part of the intestinal cervix is introduced to allow the passage of feces. There are three basic types of colostomy, a terminal, loop or double-mouth. **Aim:** To carry out a literature review on the making of colostomy and its complications from 2015 to 2021. **Method:** The papers search was performed in the PUBMED database, using the following keywords: *colostomy AND (complications OR health problems)*. Only clinical trials published in the last five years were selected. However, papers with publication dates longer than five years may be used in the writing of the Introduction of this review. The search, carried out in September 2021, returned 38 papers that initially meet the search strategy performed. After reading the titles and abstracts, it was possible to verify that 22 papers discussed the



theme proposed for this research. Results: A colostomy terminal was considered the gold standard procedure, although it is the method that presents the most complications. On the other hand, both loop and double-mouth colostomy seem to be the most used by most digestive system surgeons. The most common early complications were skin irritation and bruise formation. The most frequently mentioned late complications were ostomy prolapse or stenosis, parastomatic hernia, ostomy retraction, ileal obstruction, ischemia, necrosis and hemorrhage, in addition to fistula formation. Conclusion: Regardless of the technique chosen, the emotional aspect of the patient who is a candidate for a colostomy, or even who has undergone a colostomy, must be respected before, during and after the surgery, considering that the participation of the multidisciplinary team, starting with the surgeon, is essential for the patient to return to society as quickly as possible.

**Keywords:** Surgery. Intestine. Colostomy. Techniques. Complications.

## **Introdução**

### ***Definição de colostomia***

A colostomia é uma abertura criada cirurgicamente no abdome, por onde uma parte do colo intestinal é introduzida para permitir a passagem das fezes. A abertura da colostomia pode ser temporária ou permanente, dependendo do motivo de sua criação. Uma colostomia temporária permitirá que o intestino afetado, após alguma intervenção ou condição clínica, cicatrize. Um estoma em alça geralmente permanece no local por 6 meses. Já uma colostomia permanente é necessária quando a doença afeta a extremidade inferior do intestino e / ou reto, ou o paciente tem comorbidades significativas que o colocariam em um risco maior se fizesse a reconstrução do trânsito intestinal. As colostomias mais comuns são aquelas realizadas no colo transversal, nos hipocôndrios direito e esquerdo, próximo à linha média. Também deve ser citada a colostomia envolvendo o colo ascendente, à direita na cavidade abdominal (BERTI-HEARN; ELLIOTT, 2019). Já a colostomia envolvendo o colo sigmoide é menos utilizada, pois o mesocólon sigmoide possui baixa vascularização e, portanto, maior risco de isquemia.

### ***Contexto histórico***

Acredita-se que a primeira colostomia tenha sido realizada em 1710 por Littre, que criou um estoma para tratamento da anústresia. Um segundo relato data de 1750, quando Chelseden retirou 55 cm do intestino de uma paciente de 77 anos após trauma, criando uma abertura em sua parede abdominal. Em 1776, Pillore conduziu uma colostomia bem-sucedida em uma paciente com um tumor maligno no reto, com a colocação do estoma na região do apêndice. Somente em 1793, Duret realizou a primeira colostomia de sucesso para correção da anústresia em um bebê, após a falha de Dubois em 1783 (PELICAN, 2020). Já em 1921, Henri Hartmann, um cirurgião francês, descreveu uma técnica para o tratamento do câncer retal, que consistia em uma sigmoidectomia associada a uma colostomia terminal na fossa ilíaca esquerda e com fechamento do coto retal. Posteriormente, o procedimento de Hartmann ganhou popularidade, principalmente em situações de emergência, seja por doenças benignas ou malignas que afetam o intestino grosso (D'ALESSANDRO et al., 2020).

### ***Tipos de colostomia***

Existem 3 tipos básicos de colostomias, sendo eles a terminal, em alça ou em dupla-boca (MARIA; LIESKE, 2021). Com relação à colostomia terminal, trata-se de um método preferido por muitos cirurgiões e considerado muitas vezes um procedimento-padrão, visto ser mais aceitável para



o paciente e proporcionar um desvio completo do fluxo fecal. Todavia, a técnica apresenta maior risco de complicações, especialmente relacionadas ao fechamento da colostomia (KIRKEGAARD et al., 1982). Por outro lado, tanto a colostomia em alça quanto em dupla-boca são modalidades de colostomia transversa, sendo estes os mais comumente realizados. Ambos permitem que as fezes atinjam o estoma e sejam exteriorizadas antes que o conteúdo atinja o colo descendente. A diferença entre elas reside no fato que, na colostomia de duas bocas, enquanto um orifício expõe fezes, o outro só expõe muco. Ambas as modalidades cirúrgicas são indicadas para casos de diverticulite, doença inflamatória intestinal, doença de Chron complicada, câncer, obstruções, traumas e defeitos congênitos (ACS, 2021).

### ***Colostomia terminal***

A realização de uma colostomia terminal pode ser guiada por várias técnicas cirúrgicas. Eropkin (1991), na década de 1990, destacou que a cirurgia poderia ser realizada pela técnica da “coluna”, com sutura das bordas do peritônio à pele e deixando o excesso do intestino; com a formação de um estoma “achatado” pelo método denominado pelo autor como sendo o mais “comum”; ou com a passagem retroperitoneal do intestino no tratamento cirúrgico radical de carcinoma retal e outras doenças do intestino grosso. A despeito das complicações relacionadas a cada uma das técnicas, descritas mais adiante, o autor postulou que os seguintes detalhes deveriam ser observados pelos cirurgiões: 1 - deve-se preparar a abertura final ao nível da pele antes da mobilização do reto; 2 – é necessário realizar a passagem retroperitoneal do intestino através do ângulo superior de uma incisão em forma de lira do peritônio pélvico, à esquerda do colo sigmoide; e 3 - sugere-se a utilização de um método “fechado” de formação de estoma plano, seccionando a parede intestinal ao nível da pele até a mucosa, e fixando-a na pele pela capa músculo-serosa com suturas de catagute interrompidas, e somente depois disso é que a mucosa excessiva pode ser retirada cortada e o lúmen intestinal aberto.

Sobre as complicações, Aliev et al. (2016), analisaram a estrutura, a taxa de incidência de complicações e os resultados do tratamento cirúrgico de pacientes que realizaram a colostomia terminal. Segundo os autores, várias complicações se desenvolveram na área da colostomia, chegando a atingir mais de 70% dos pacientes. Nestes casos, foi sugerida a utilização de um método de descompressão intra e pós-operatória controlado, seguido de lavagem do colo com a utilização de um dispositivo de aspiração-irrigação. Foram observadas complicações na área da colostomia em 27 (35,5%) casos. Para os pesquisadores, a colostomia terminal com a utilização de técnicas de descompressão e lavagem contribuiu para a redução da taxa de complicações pós-colostomia pela metade, otimizando os resultados imediatos e de longo prazo do tratamento cirúrgico.

Ainda sobre as complicações da colostomia terminal, segundo Eropkin (1991), a frequência de complicações precoces (supuração, retração, etc.) quando a cirurgia foi realizada: 1 - pela técnica da “coluna”; 2 - com a formação de um estoma “achatado” pelo método denominado pelo autor como sendo o mais “comum”; ou 3 - com a passagem retroperitoneal do intestino, foi de, respectivamente, 31%, 22,9% e 17,6%. No mesmo trabalho, demonstrou-se ainda que as taxas de complicações tardias alcançaram 70,6%, 50,3% e 20,3% dos pacientes em cada um dos grupos. Naquela época, o autor finalizou o estudo ressaltando que os resultados por ele observados, e que resultaram nas complicações citadas, serviriam de base para o aprimoramento dos métodos e técnicas cirúrgicas para realização das colostomias.



### ***Colostomia em alça***

Segundo Zarour et al. (2009), a colostomia em alça se trata de uma variação minimamente invasiva das antigas colostomias, tendo sido descrita originalmente em 1977. No referido procedimento, em um cenário onde a celiotomia tradicional não é necessária, três portais são construídos, ficando o portal lateral-esquerdo como o local indicado para criação do estoma. Sobre a técnica, após a inspeção peritoneal inicial, o segmento do colo e seu mesentério são identificados. Em seguida, uma sutura é passada formando um laço através da extremidade de um dreno de látex macio, que é passado para a cavidade peritoneal. Utilizando-se normalmente o instrumento Goldfinger, o mesentério é rompido e a extremidade do laço do dreno é enlaçada e trazida de volta através do defeito mesentérico. Essa manobra permite que o colo seja retraído através do local do portal para a conclusão da colostomia. Em continuidade, a inserção do dedo ao longo da alça fornece confirmação visual proximal e distal, e por fim, o colo é grampeado, mas não dividido, e a maturação do estoma pode ser feita imediatamente ou retardada, dependendo das circunstâncias clínicas.

Franklyn et al. (2017), afirmaram em seu trabalho que a colostomia em alça é um procedimento cirúrgico comumente realizado, e que alguns cirurgiões defendem a utilização de uma haste para apoiar o estoma, acreditando que essa manobra preveniria sua retração e resultaria em um melhor desvio fecal. Todavia, após avaliarem 151 pacientes, os autores afirmaram que a haste do estoma não impediu a retração, sugerindo que a mesma não seja utilizada nas colostomias.

Quando avaliadas as complicações, iniciamos a descrição citando um estudo da década de 1970 conduzido por Yakimets (1975). À época, entre os 71 pacientes submetidos ao fechamento de colostomia em alça, uma complicação ou mais se desenvolveu após a cirurgia em 35 pacientes. No estudo, a maioria das complicações não foi séria, mas houve dois vazamentos anastomóticos e dois pacientes faleceram. Segundo o autor, algumas das complicações poderiam ser evitadas evitando o uso de drenos e tamponando a pele e os tecidos subcutâneos abertos com gaze de vaselina. Ainda, não parecia haver nenhuma vantagem associada à antibioticoterapia no preparo intestinal pré-operatório. Por fim, ressaltou-se que um fechamento de colostomia intraperitoneal de uma camada poderia ser feito com segurança, e estaria frequentemente associado a complicações menores.

Mais recentemente verificou-se que, assim como utilização de uma haste de sustentação para o estoma não impede a sua retração, ocorre ainda um aumento da taxa de complicações relacionadas à colostomia, como congestão da mucosa, edema e necrose, o que permitiu aos autores sugerir que a utilização da referida haste deve ser evitada pelos cirurgiões (FRANKLYN et al., 2017).

Ainda em relação às complicações relacionadas à colostomia em alça, as colostomias em alça estão sujeitas a complicações cirúrgicas associadas à construção de um estoma desfuncionalizante no tratamento de anastomoses retais baixas, além do risco de sepse, prolapso e hérnias parastomais. Por fim, no fechamento dos estomas, infecção da ferida operatória e hérnias incisionais podem ocorrer (GENG et al., 2015).

### ***Colostomia em dupla-boca***

Nesta técnica, após a secção do intestino, ambas as extremidades são fixadas na parede abdominal mantendo-se duas aberturas no colo (distal e proximal), embora apenas o estoma proximal seja funcionante para expulsão das fezes, enquanto a outra abertura expõe apenas muco (esse estoma menor é chamado de fístula mucosa). A colostomia em dupla-boca costuma ser temporária, realizada para “descansar” uma área do intestino e, posteriormente, ser fechada. É frequentemente empregada nos casos em que a ressecção do intestino grosso é necessária, devido a perfuração ou necrose.



Para pacientes que precisam realizar uma colostomia devido à presença de câncer de colo, o estoma pode ser necessário por apenas alguns meses, enquanto o colo e o reto cicatrizam, sendo a colostomia de dupla-boca o procedimento mais indicado, visto este poder ser facilmente revertido após a conclusão do tratamento. O estoma em si apresenta uma aparência muito semelhante às outras colostomias, mas frequentemente é um pouco maior devido à parte do intestino grosso que está sendo utilizada, e também devido às duas extremidades serem visíveis na superfície do abdome. A irritação da pele, comumente observada nos casos de colostomia em dupla-boca, geralmente pode ser evitada com uma bolsa bem ajustada, e depende da consistência das fezes, que por sua vez pode ser controlada com a prescrição de uma dieta adequada (BREWER, 2005). As complicações da colostomia em dupla-boca são as mesmas citadas para as outras técnicas de colostomia, sendo descritas a seguir.

### ***Indicações para colostomias***

Câncer de cólon ou reto, doenças inflamatórias crônicas do intestino, gangrena de Fournier, doença diverticular, danos por irradiação e trauma estão entre os principais problemas de saúde que levam à necessidade de uma colostomia temporária ou permanente. O câncer colorretal é o quarto tipo de câncer mais comum e a segunda causa mais comum de morte relacionada ao câncer. A doença de Crohn e a colite ulcerosa são doenças inflamatórias intestinais crônicas que se manifestam de acordo com a localização e a gravidade da doença. Os tratamentos tradicionais, como esteroides, tratam os sintomas da inflamação, mas não a doença real. A doença de Crohn afeta mais comumente o final do intestino delgado e o início do intestino grosso, mas pode ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal, da boca ao ânus. Toda a espessura do intestino é afetada na doença de Crohn e a inflamação pode se estender para a submucosa e, eventualmente, resultar na formação de abscesso. Os sintomas dependem da área afetada. Os pacientes podem apresentar sangue nas fezes com frequência, dor abdominal, perda de peso e sintomas obstrutivos (CLAESSENS et al., 2015).

A colite ulcerativa afeta apenas o intestino grosso, e se estende contínua e circunferencialmente, e a inflamação é superficial e não se estende para a submucosa. Os sintomas de colite ulcerosa incluem diarreia com sangue frequente com urgência. Um paciente com colite ulcerosa pode ou não sentir dor abdominal e, à medida que a doença aumenta, pode apresentar febre, perda de peso e fadiga. O manejo médico da colite ulcerosa consiste em corticosteroides, medicamentos antidiarreicos e agentes imunossupressores, e quando o tratamento médico se esgota, a cirurgia é o tratamento definitivo e pode resultar em ostomia (STEIN; COHEN; RUBIN, 2015).

Já a doença diverticular inclui diverticulose, bolsa da parede intestinal em forma de saco pequeno, bem como diverticulite que ocorre quando essas bolsas ficam inflamadas. A doença diverticular pode se apresentar com um espectro de apresentações clínicas como a diverticulite, que a depender do *status* clínico requer cirurgia e, provavelmente, desvio de trânsito intestinal devido ao processo inflamatório. Ainda, trauma abdominal, seja contuso ou penetrante, pode levar a uma ostomia dependendo do local da lesão. Por último, a obstrução intestinal da cavidade peritoneal, como aderências, torção ou estreitamento do intestino e hérnias também são possíveis indicações para uma colostomia (CROSS; ROE; WANG, 2014).

A colostomia também é empregada, em alguns casos, para tratamento da Síndrome de Fournier. Esta síndrome caracteriza-se como uma infecção de elevada mortalidade que envolve o escroto e/ou a região perineal, espalhando-se rapidamente da genitália externa, através da região inguinal, em direção aos membros inferiores, embora também possa atingir o peritônio nos casos mais complicados. As principais causas da Síndrome de Fournier são a presença de abscesso perirretal



ou escrotal e estenose uretral, dentre outras. Um consenso geral em relação ao plano de tratamento para Síndrome de Fournier é a administração de antibióticos de amplo espectro junto com desbridamento das lesões, embora, conforme comentado, em alguns casos o tratamento incluía também a realização de colostomias. Todavia, o desvio fecal no tratamento da síndrome é controverso e, se necessária, a colostomia preventiva deve ser realizada durante o desbridamento inicial (AKCAN et al., 2009; MURAKAMI et al., 2006).

### **Complicações das colostomias**

Embora a construção do estoma seja uma cirurgia importante no tratamento de muitas doenças gastrointestinais, muitos pacientes sofrem complicações relacionadas ao estoma intestinal, que são classificadas como precoces ou tardias. Complicações precoces, como irritação cutânea ou hematoma, geralmente são tratadas de forma conservadora. No entanto, complicações tardias, como prolapso do estoma e hérnia parastomal, podem ser tratadas de maneira conservadora ou cirúrgica. Dentre as principais complicações notadas em pacientes colostomizados destacam-se o prolapso da ostomia, a estenose da ostomia, a hérnia parastomática, a irritação cutânea, a retração da ostomia, a obstrução do íleo, a isquemia e necrose do intestino, o desequilíbrio hidroeletrólítico, a ocorrência de hemorragia e hematoma, e a formação de fistulas (MULITA; LOTFOLLAHZADEH, 2021).

Complicações do estoma e da região periestomal ocorrem em cerca de 10 a 70% dos pacientes após a realização de colostomia (MULITA; LOTFOLLAHZADEH, 2021; ZELGA et al., 2021). Para Zelga et al. (ZELGA et al., 2021), existem 6 fatores de risco associados a um aumento da probabilidade de complicações estomáticas ou periestomais, sendo eles: 1 - idade superior a 65 anos; 2 - sexo feminino; 3 - índice de massa corporal superior a 25; 4 - presença de *Diabetes Mellitus* como comorbidade; 5 - malignidade abdominal como a razão subjacente para cirurgia de ostomia; e 6 - falta de marcação pré-operatória do local do estoma, além de falta de cuidado especializado antes e após a cirurgia do estoma.

### **Objetivo**

Realizar uma revisão da literatura sobre a confecção de colostomia e suas complicações no período de 2015 a 2021.

### **Método**

Trata-se de uma revisão da literatura com síntese de evidências. A busca dos trabalhos foi realizada na base de dados PUBMED, utilizando as seguintes palavras-chave: *colostomy AND (complications OR aggravations)*. Foram selecionados apenas os ensaios clínicos publicados nos últimos cinco anos. Todavia, artigos com datas de publicação superiores a cinco anos eventualmente foram utilizados na redação da Introdução da presente revisão.

A busca, realizada no mês de setembro de 2021, retornou 38 artigos que atenderam, de início, a estratégia de busca previamente estabelecida. Após a leitura dos títulos e resumos, foi possível verificar que 22 trabalhos discutiam adequadamente o tema proposto para esta pesquisa. Após esta etapa os artigos foram lidos, organizados com base em tópicos específicos, que são apresentados na seção a seguir.



## **Resultados e Discussão**

### ***Banalização das colostomias***

Um aspecto integral e que deve ser levado em consideração quando se discute os cuidados com a colostomia é o apoio à saúde mental do paciente colostomizado, por meio de uma avaliação completa do seu estado psicomotor, principalmente no que se refere a como os mesmos estão lidando com o estoma. Má percepção da imagem corporal, insatisfação sexual e depressão são comuns em pacientes com colostomias, e isso pode exigir a utilização de terapias para tranquilização, aconselhamento psiquiátrico e comportamental para aliviar esses sintomas (MARIA; LIESKE, 2021).

Sendo assim, assume grande importância o problema da assistência e da reabilitação dos pacientes com colostomia. O paciente deve-se assistido antes, durante e após a cirurgia, considerando especialmente os aspectos psicológicos do indivíduo colostomizado. É imprescindível a colaboração multidisciplinar para assegurar uma correta assistência e reabilitação, que envolve desde o cirurgião até o radioterapeuta, o enterostomista, o psicólogo e o oncologista. Só com um trabalho conjunto entre todos os profissionais é que os pacientes serão efetivamente devolvidos à sociedade, permitindo que prossigam com o restante de suas vidas, ao menos com serenidade e respeito. Dessa forma, é essencial que o ato de se realizar uma colostomia em alguém não seja banalizado. Deve-se ter a certeza de que o tratamento é o mais adequado, de que não existem alternativas menos invasivas, e que, após esgotadas todas as alternativas, o procedimento seja realizado de forma segura, com a melhor técnica, e minimizando complicações, além de fornecer todo o apoio necessário, especialmente de caráter psicológico, após a cirurgia (DI et al., 1989).

### ***Complicações gerais das colostomias***

As complicações dos estomas ocorrem entre 20 a 70% dos pacientes (MITTAL et al., 2020). É fato que a identificação de fatores de risco, especialmente aqueles que podem ser modificados, é capaz de reduzir a incidência de complicações relacionadas ao estoma. Dentre os principais fatores de risco relacionados diretamente ao paciente destacam-se o elevado índice de massa corporal (IMC), a idade avançada, presença diabetes e câncer, tabagismo, doença inflamatória intestinal, profundidade da gordura subcutânea e treinamento da musculatura abdominal (CORREA MARINEZ et al., 2021b; GUZMÁN-VALDIVIA GÓMEZ, 2021). Cabe ressaltar que, em pacientes com riscos difíceis de se modificar como os citados, o papel da técnica de construção dos estomas parece não influenciar diretamente na ocorrência de mais ou menos complicações. Outros fatores de risco, desta vez associados ao próprio procedimento de construção do estoma, são o tipo de construção (malha cruzada, circular ou profilática), o diâmetro da incisão da fáscia, diâmetro e altura do estoma. A incidência de muitas das complicações comumente relacionadas ao estoma, como necrose, estenose, retração, prolapso, vazamento e problemas de pele, que influenciam sobremaneira o manejo e a função do estoma, acaba sendo independente da técnica utilizada (CORREA MARINEZ et al., 2021b).

Uma importante complicação das colostomias é a ocorrência de hérnias parastomais. Uma forma de prevenir tais hérnias seria a colocação de uma tela profilática pelo cirurgião. Contudo, ainda não existem estudos que tenham identificado qual seria a técnica cirúrgica mais adequada para a construção do estoma a fim de prevenir a hérnia parastomal (CORREA MARINEZ et al., 2021a).

A estenose da colostomia, especialmente aquela que se forma tardiamente, e que não é decorrente do estreitamento pós-operatório imediato devido à inflamação da área, ocorre em 2 a 15% dos pacientes. Suas principais causas são a isquemia, o próprio processo de cicatrização cutânea, ou



a presença de doença inflamatória inespecífica do colo, além de neoplasia residual no estoma. Ainda, a separação e retração mucocutânea precoce pode ocorrer devido aos efeitos da cicatrização e contratura secundária da ferida. Para reduzir os riscos de complicações, deve-se utilizar uma técnica cirúrgica refinada, incluindo a irrigação adequada do estoma final, sem tensão na alça derivada, abertura da pele adequada ao tamanho do estoma do colo e mucosa, excedendo pelo menos 1,5 cm da pele (GUZMÁN-VALDIVIA GÓMEZ, 2021). Sabe-se que um fator de risco bem conhecido para vazamento de conteúdo pelo estoma e, conseqüentemente, desenvolvimento de problemas de pele, é a altura insuficiente do estoma (CORREA MARINEZ et al., 2021b).

A retração do estoma é outra complicação muito comum após as colostomias, e tradicionalmente, hastes de suporte têm sido utilizadas com estomas em alça para evitar retração até que ocorra a maturação. No entanto, a colocação destas hastes, normalmente de plástico ou de vidro, está associada a ocorrência de infecções (ATKIN et al., 2005). Segundo Atkin et al. (2005), ao fixar o estoma ao nível da bainha do reto e não da pele, como ocorre com as pontes cutâneas e hastes de sustentação, a tensão na parede colônica é reduzida, minimizando os riscos potenciais de retração e necrose por pressão. Ainda segundo estes autores, as técnicas sem haste também permitem a aplicação mais simples de aparelhos de estoma, o que evita vazamentos e aumenta a confiança do paciente (ATKIN et al., 2005).

As taxas de prolapso em cirurgias de colostomia variam entre 2 a 26% dos pacientes. O prolapso é mais comum quando são realizadas as colostomias em alça, frequentemente envolvendo a alça membro distal. Os fatores de risco para o prolapso incluem o aumento da idade, presença de obstrução intestinal e falta de marcação do local pré-operatório, podendo estar associados à presença de hérnia parastomal, escoriação cutânea periestomal, sangramento e desconforto local, além da dificuldade em manter a bolsa em posição adequada. Raramente os estomas prolapsados podem se tornar encarcerados ou mesmo necróticos, o que exigiria intervenção cirúrgica de emergência, incluindo a ressecção da porção prolapsada, revisão ou realocação. Idealmente, se o estoma for temporário, a reconstrução do trânsito deve ser considerada dependendo das circunstâncias. A abordagem cirúrgica para reparo pode ser realizada por meio de uma laparotomia mediana ou ser resolvida localmente ao redor do estoma, a depender do caso. Uma abordagem abdominal libera aderências, reduz o prolapso e envolve a fixação do intestino à parede abdominal. A abertura do estoma ao nível da fâscia pode ser estreitada com suturas e, no caso de uma hérnia paraestomal coexistente, a tela pode ser utilizada para reforçar o reparo (MITTAL et al., 2020).

Complicações na pele ao redor do estoma podem se tornar bastante comuns, e muitas vezes estão associadas ao conteúdo de efluentes nos diferentes tipos de colostomias. Estes conteúdos podem ser fezes macias e soltas, fétidas e semelhantes à aveia nas colostomias ascendentes e transversais; fezes pastosas e firmes nas colostomias transversais e descendentes; e fezes de aspecto normal no caso de colostomias realizadas no colo sigmoide. À medida que as fezes ficam mais firmes ao longo do cólon, a saída se torna mais fácil de gerenciar. Para evitar as complicações na região periostomal, uma série de cuidados (descritos a seguir) devem ser tomados, com o objetivo de proteger a pele e cuidar da aceitação do paciente (MARIA; LIESKE, 2021).

### ***Cuidados necessários ao paciente colostomizado***

No tocante à realização dos cuidados, um ponto importante e que deve ser levado em consideração no cuidado é a troca do recipiente acoplado ao estoma a cada 5-7 dias, a depender das orientações do seu fabricante. Os pacientes geralmente fazem isso sozinhos ou com a ajuda do



cuidador principal, ou dos pais, no caso de crianças. Qualquer caso de rompimento ou irritação da pele, bem como diferenças na aparência do estoma devem ser examinados com rapidez por um profissional de saúde, se possível um médico (MARIA; LIESKE, 2021).

Antes de iniciar o procedimento de troca, todos os suprimentos devem ser providenciados, e deve-se lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento no início do processo. A bolsa para estoma a ser descartada deve ser primeiro esvaziada de todo o conteúdo e, em seguida, o flange removido por tração suave na bolsa, ou em direção ao estoma, exercendo certa contra-tração na pele, permitindo-se a utilização de um removedor para resquícios de fita adesiva. O estoma e a área parastomal devem ser limpos suavemente com água, sem esfregar, e também sem a utilização de sabão. Em seguida, deve-se verificar se o estoma se encontra úmido, acima do nível da pele, e de cor rosa à vermelha, incluindo nesta avaliação a verificação se a pele periestomal está normal. Qualquer inconsistência notada pelo paciente ou por seu cuidador deve ser notificado de imediato ao cirurgião. Cabe ressaltar que o estoma deve ser medido, e o seu tamanho não pode ultrapassar as especificações determinadas pelo médico (MARIA; LIESKE, 2021).

Em continuidade, a pele periestomal deve ser seca adequadamente para permitir uma boa vedação, e pastas ou pós adesivos podem ser aplicados na região periestomal. A tampa de papel na parte posterior do flange deve ser então removida, mantendo-se a fita adesiva no local. Em seguida, o recipiente deve ser colocado no local, e mantido por 1 a 2 minutos sob pressão para criar uma vedação adequada. Caso o recipiente contenha 2 peças, este então deve ser preso ao flange. Um cinto pode ser aplicado ao redor do abdome e preso nas laterais do flange para mantê-lo no lugar. Após isso, deve-se fazer o descarte seguro da bolsa de estoma, a lavagem das mãos e a documentação do procedimento (MARIA; LIESKE, 2021).

Uma abordagem integrada, incluindo diversos profissionais de saúde, é considerada essencial no tratamento da colostomia. O cuidado na maioria das enfermarias cirúrgicas em todo o mundo é feito essencialmente pela equipe de enfermagem, e muitas vezes outros profissionais podem se aliar no suporte ao colostomizado. No pós-operatório, é essencial orientar os pacientes a forma adequada de manejar e trocar seus aparelhos de colostomia, bem como identificar imediatamente possíveis complicações (BURCH, 2011).

Um profissional da área de nutrição pode auxiliar o paciente no pós-operatório, elaborando uma dieta individualizada, baseando-se no seu do indivíduo colostomizado, na quantidade de intestino tanto ressecado quanto funcionante, e é claro, respeitando as preferências de cada um, quando possível. Os psicólogos, por sua vez, ajudam a gerenciar o aspecto psicossocial da criação da colostomia, conduzem sessões de aconselhamento e enviam pacientes para grupos de apoio à colostomia. Já os fisioterapeutas podem contribuir para a deambulação precoce do paciente, diminuindo assim a ocorrência de complicações relacionadas ao aparelho locomotor (BURCH, 2011).

Em resumo, este trabalho buscou compilar informações relacionadas aos 3 tipos básicos de colostomias, sendo eles a terminal, em alça ou em dupla-boca, considerando suas técnicas e possíveis complicações precoces e tardias. Com relação à colostomia terminal, esta normalmente é considerada o padrão-ouro, visto ser mais aceitável pelo paciente especialmente por permitir um desvio completo do fluxo de fezes. Porém, notou-se que esta é a técnica maior taxa de complicações, principalmente no tocante ao fechamento da colostomia. Por outro lado, tanto a colostomia em alça quanto em dupla-boca, ambas modalidades de colostomia transversa, parecem ser os mais comumente empregados pela maioria dos cirurgiões do aparelho digestório. Após a cirurgia, costuma-se tratar complicações precoces, como irritação da pele e formação de hematomas de forma conservadora. Porém,



complicações tardias, e normalmente mais severas, como prolapso do estoma e hérnia parastomal, são candidatas à correção cirúrgica. Prolapso ou estenose da ostomia, hérnia parastomática, retração da ostomia, obstrução ileal, isquemia, necrose e hemorragia, além da formação de fístulas, são as complicações tardias mais comuns notadas em pacientes colostomizados.

### **Conclusão**

Em relação às técnicas de colostomia, a terminal é a mais utilizada entre as três modalidades aqui mencionadas, embora seja aquela com maior número de complicações quando comparada à técnica em alça ou dupla-boca. Irritações da pele e hematomas após a cirurgia devem ser tratados de forma conservadora, enquanto complicações mais severas e tardias normalmente necessitam de reoperação. Apesar das técnicas e complicações, o aspecto emocional do paciente candidato à colostomia, ou mesmo já colostomizado, deve ser respeitado antes, durante e após a cirurgia, considerando que a participação da equipe multidisciplinar, a começar pelo cirurgião, é imprescindível para que o paciente retorne o mais rapidamente ao convívio com a sociedade.

### **Referências**

ACS. **Types of Colostomies and Pouching Systems**| American Cancer Society. Disponível em: <<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/surgery/ostomies/colostomy/types-of-colostomies.html>>. Acesso em: 22 set. 2021.

AKCAN, A. et al. Necessity of preventive colostomy for Fournier's gangrene of the anorectal region. **Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi = Turkish journal of trauma & emergency surgery: TJTES**, v. 15, n. 4, p. 342–346, jul. 2009.

ALIEV, S. A.; ZEINALOV, B. M.; ALIEV, E. S. Complications of terminal colostomy in patients with tumorous large intestine ileus and their surgical management. **Vestnik Khirurgii Imeni I. I. Grekova**, v. 175, n. 2, p. 80–86, 2016.

ATKIN, G. et al. The rectus sling to prevent loop colostomy retraction: a case series. **International seminars in surgical oncology: ISSO**, v. 2, p. 22, 20 out. 2005.

BERTI-HEARN, L.; ELLIOTT, B. Colostomy Care: A Guide for Home Care Clinicians. **Home Healthcare Now**, v. 37, n. 2, p. 68–78, abr. 2019.

BREWER, B. W. United Ostomy Association Provides Help for Ostomy Patients and Caregivers. **Home Healthcare Now**, v. 23, n. 6, p. 353–354, 2005.

BURCH, J. Stoma management: enhancing patient knowledge. **British Journal of Community Nursing**, v. 16, n. 4, p. 162, 164, 166, abr. 2011.

CLAESSENS, I. et al. The Ostomy Life Study: the everyday challenges faced by people living with a stoma in a snapshot. **Gastrointestinal Nursing**, v. 13, n. 5, p. 18–25, 2015.



CORREA MARINEZ, A. et al. Methods of Colostomy Construction: No Effect on Parastomal Hernia Rate: Results from Stoma-const-A Randomized Controlled Trial. **Annals of Surgery**, v. 273, n. 4, p. 640–647, 1 abr. 2021a.

CORREA MARINEZ, A. et al. Stoma-related complications: a report from the Stoma-Const randomized controlled trial. **Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland**, v. 23, n. 5, p. 1091–1101, maio 2021b.

CROSS, H. H.; ROE, C. A.; WANG, D. Staff nurse confidence in their skills and knowledge and barriers to caring for patients with ostomies. **Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society**, v. 41, n. 6, p. 560–565, dez. 2014.

D’ALESSANDRO, A. et al. Trans-stomal single-port laparoscopic Hartmann’s reversal is an efficacious and efficient procedure: a case-controlled study. **Techniques in Coloproctology**, v. 24, n. 5, p. 455–462, 1 maio 2020.

DI, M. S. et al. Care and rehabilitation of colostomized patients. **Annali italiani di chirurgia**, v. 60, n. 5, p. 423–427, 1 set. 1989.

EROPKIN, P. V. Choice of a rational method and optimization of terminal colostomy. **Khirurgiia**, n. 5, p. 65–71, maio 1991.

FRANKLYN, J. et al. A prospective randomized controlled trial comparing early postoperative complications in patients undergoing loop colostomy with and without a stoma rod. **Colorectal Disease**, v. 19, n. 7, p. 675–680, 2017.

GENG, H. Z. et al. Meta-analysis of elective surgical complications related to defunctioning loop ileostomy compared with loop colostomy after low anterior resection for rectal carcinoma. **Annals of The Royal College of Surgeons of England**, v. 97, n. 7, p. 494–501, 1 out. 2015.

GUZMÁN-VALDIVIA GÓMEZ, G. Outpatient treatment for colostomy stenosis; report of 3 cases. **International Journal of Surgery Case Reports**, v. 85, p. 106292, 8 ago. 2021.

KIRKEGAARD, P. et al. Closure of terminal and loop colostomy. **Diseases of the Colon & Rectum**, v. 25, n. 6, p. 567–568, 1 set. 1982.

MARIA, A.; LIESKE, B. Colostomy Care. In: **StatPearls**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2021.

MITTAL, R. et al. Surgical management of stomal prolapse - Is there a superior approach to repair? **American Journal of Surgery**, v. 220, n. 4, p. 1010–1014, out. 2020.

MULITA, F.; LOTFOLLAHZADEH, S. Intestinal Stoma. In: **StatPearls**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2021.



MURAKAMI, M. et al. Fournier's gangrene treated by simultaneously using colostomy and open drainage. **Journal of Infection**, v. 53, n. 1, p. e15–e18, 1 jul. 2006.

PELICAN. **History Behind the Stoma.** Disponível em: <<https://www.pelicanhealthcare.co.uk/history-behind-the-stoma/>>. Acesso em: 22 set. 2021.

STEIN, A. C.; COHEN, R. D.; RUBIN, M. Inflammatory bowel disease: Crohn's disease and ulcerative colitis. In: **Wound, Ostomy and Continence Nurses Society Core Curriculum: Ostomy Management.** USA: Wolters Kluwer Health Adis, 2015.

YAKIMETS, W. W. Complications of closure of loop colostomy. **Canadian Journal of Surgery. Journal Canadien De Chirurgie**, v. 18, n. 4, p. 366–370, jul. 1975.

ZAROOUR, A. et al. Laparoscopic rapid totally diverting loop colostomy: a new twist on an old technique. **The American Surgeon**, v. 75, n. 7, p. 608–609, jul. 2009.

ZELGA, P. et al. Patient-Related Factors Associated With Stoma and Peristomal Complications Following Fecal Ostomy Surgery: A Scoping Review. **Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society**, v. 48, n. 5, p. 415–430, 1 out. 2021.