

COMPLICAÇÕES DE ESTOMAS INTESTINAIS NO TRATAMENTO DO CÂNCER: ANÁLISE DE 56 CASOS

Complications of intestinals stomas in the treatment of cancer: analysis of 56 cases

ERIKA MARIA MONTEIRO SANTOS¹ RITA DE CÁSSIA BANDEIRA²

RITA SCIANNI³ BENEDITO MAURO ROSSI⁴ ADEMAR LOPES⁵

Apesar da técnica de construção de um estoma ser relativamente simples, as complicações cirúrgicas são frequentes. Dentre elas estão: necrose, obstrução, retração, estenose, prolapso, fistula periestomal, hérnia periestomal, dermatite periestomal, varizes, infecção, sangramento e separação cutâneo-mucosa. Através da análise aleatória de 56 prontuários, os objetivos deste trabalho foram: identificar a incidência das complicações relacionadas aos estomas intestinais de pacientes com câncer e verificar algumas características dos estomas construídos. Entre as complicações precoces mais comuns estão a dermatite (25%) e a injúria mecânica (7,1%). Dentre as complicações tardias estão: dermatite, retração, prolapso, hérnia, sangramento, implante da mucosa na pele periestomal, granuloma, distúrbio metabólico e lesão mecânica. As complicações podem ser reduzidas se algumas medidas forem implementadas: demarcação no pré-operatório, construção adequada do estoma, escolha adequada dos equipamentos, educação do paciente e cuidador e assistência multidisciplinar.

Unitermos: Estomas. Colostomia. Ileostomia. Complicações pós-operatórias

Keywords: Stoma. Colostomy. Ileostomy. Postoperative complications.

Introdução

O primeiro estoma foi criado há cerca de dois séculos. Hoje, os avanços na técnica cirúrgica, estomaterapia e equipamentos disponíveis têm permitido a reabilitação dos indivíduos estomizados.

O primeiro estoma bem sucedido foi uma colostomia realizada em uma criança com ânus imperfurado pelo doutor Duret em 1793. Em 1883, Vicent Czerny realizou o primeiro tratamento combinado para o câncer retal com a criação de uma colostomia. A colostomia em alça com bastão foi introduzida por Madyl em 1883, enquanto que a colostomia com duas bocas foi descrita por Block em 1892. Mayo em 1904 e Miles em 1908 descreveram a amputação abdômino-perineal com a criação de uma colostomia definitiva.¹⁻³

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital do Câncer

1 - Enfermeira de pesquisa clínica, membro do Grupo de Assistência ao Paciente Estomizado (GAPE).

2 - Enfermeira Estomaterapeuta, Coordenadora do GAPE.

3 - Enfermeira Estomaterapeuta, membro do GAPE.

4 - Doutor em Oncologia, Médico do Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital do Câncer, Coordenador médico do GAPE.

5 - Diretor do Departamento de Cirurgia Pélvica.

Endereço para correspondência: Erika Maria Monteiro Santos - Departamento de Cirurgia Pélvica - R. Professor Antônio Prudente, 211 - Aclimação São Paulo-SP - CEP 015019-010 - Tel/fax: (11) 3207-0500 - e-mail: cirurgiapelvica@hcancer.org.br

A primeira ileostomia foi realizada em 1879 na Alemanha por Baum para o tratamento de um paciente com tumor obstrutivo de cólon. O paciente faleceu após o fechamento da mesma. O primeiro relato de um paciente que sobreviveu após a realização de uma ileostomia foi feito por Maydl em 1883, em um paciente também operado de câncer de cólon. No início, as ileostomias apresentavam morbidade e mortalidade significativas, o que tornava o procedimento pouco utilizado.^{1,2} Em 1930, McBurney exteriorizou a ileostomia separadamente da ferida cirúrgica. Bryam Brooke, da Universidade de Birmingham, contribuiu para o avanço e difusão das ileostomias, ao descrever a técnica da ileostomia maturada em tempo único e totalmente evertida (ileostomia à Brooke). Com esta técnica reduziu-se drasticamente a morbidade associada às ileostomias.¹

Na década de 30 Alfred Strauss fez a primeira tentativa de confecção de uma bolsa coletora para ileostomizados. O modelo foi aperfeiçoado por Koenig, que era ileostomizado e estudante de química. O dispositivo era de borracha aderente fixado a pele com látex, além de permitir a utilização de cintos para aumentar a fixação do sistema.¹ Até 1960 as bolsas eram fixas ao corpo com correias, ataduras ou curativos. Em 1952 Turnbull descobriu o pó de Karaya que se constituiu na primeira barreira protetora da pele periestoma. As bolsas plásticas, que reduziram o odor associado às bolsas de borracha, tornaram-se disponíveis nos anos 60. Também nos anos 60 foram patenteados os curativos de hidrocolóide. As modificações na flexibilidade, adesividade e impermeabilidade dos sistemas nos anos 70 trouxeram benefícios aos pacientes.⁴ Os avanços nos equipamentos, aliados ao acompanhamento por estomaterapeutas provavelmente ajudaram a reduzir a frequência e severidade dos problemas periestomais.

Colostomias e ileostomias estão incluídas no tratamento de uma série de doenças que incluem diverticulite, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, polipose adenomatosa familiar, trauma, megacólon, anomalias congênitas, colites e retites actínicas e câncer.^{2,5}

A criação de estomas intestinais é comum no tratamento dos tumores colorretais, além de estar indicada em casos de obstrução por tumores pélvicos ou nas ressecções

ampliadas. Apesar da técnica de construção de um estoma ser relativamente simples, as complicações relacionadas aos estomas são frequentes.

Dentre as complicações dos estomas estão: necrose, obstrução, retração, estenose, prolapso, fístula periestomal, hérnia periestomal, dermatite periestomal, varizes, infecção, sangramento e separação cutâneo-mucosa.^{3,6}

Em estudo retrospectivo com 266 pacientes as complicações associadas aos estomas ocorreram em 36%.⁷ Porter et al identificaram 44% de complicações em pacientes com colostomias.⁸ Estes estudos não avaliaram as complicações da pele periestomal.

Em estudo prospectivo com 161 pacientes as complicações periestomais foram de 6%, sendo que nos condutos ileais ocorrem em 14,7% dos casos. Nas ileostomias as complicações ocorreram em 8,6% dos casos e nas colostomias as complicações foram observadas em 1,2% dos casos.⁹ Um estudo epidemiológico na Inglaterra avaliou através de um questionário de auto-relato, complicações da pele periestomal em 525 pacientes. O estudo identificou que 73% dos pacientes relataram, a existência de lesões na pele periestomal que comprometeram a adesão do sistema coletor.⁴

Este estudo foi desenvolvido para avaliar as complicações associadas aos estomas intestinais em pacientes com câncer.

Objetivos

Este trabalho tem como objetivo principal identificar a incidência de complicações relacionadas aos estomas intestinais de pacientes com câncer. Além disso, foram verificadas as características dos estomas construídos.

Casuística e métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo realizado aleatoriamente em 56 prontuários de pacientes que foram submetidos a realização de estomas intestinais no Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital do Câncer A.C. Camargo de São Paulo.

Foi preenchida uma ficha elaborada para o estudo que contém características da confecção do estoma e as complicações, divididas segundo o período de ocorrência após a cirurgia para sua realização: até 30 dias, de 30 dias a 3 meses, de 3 a 6 meses e 6 meses ou mais.

Os dados são apresentados sob a forma de estatística descritiva e em tabelas.

Resultados

A maioria dos pacientes (62,5%) era do sexo feminino. Ocorreu um predomínio da raça branca, correspondendo a 73,2% dos pacientes.

A idade média dos pacientes foi de 59,4 anos com mediana de 62 anos. A idade mínima foi 21 anos e a máxima 87. A distribuição dos estomas quanto ao tipo está apresentada na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos estomas realizados quanto ao tipo.

Tipo de Estoma	N	%
<i>Ileostomia</i>		
temporária	9	16,1
definitiva	2	3,6
total	11	19,7
<i>Colostomia</i>		
temporária	16	28,6
definitiva	27	48,2
total	43	76,8
<i>Colostomia úmida</i>	2	3,6
Total de derivações	56	100,0

As colostomias constituíram-se na maioria das derivações (76,8%). É importante destacar que dois pacientes foram submetidos a confecção de colostomia úmida, onde a derivação urinária e intestinal são realizadas em um mesmo estoma.

Na tabela 2 está apresentada a distribuição dos estomas quanto ao tumor primário.

A maioria dos estomas foi realizada devido a tumores de reto (75%).

A tabela 3 apresenta a distribuição dos estomas quanto à cirurgia realizada. Como o tumor de reto representou a

maioria dos tumores de base, as duas cirurgias para o tratamento dos tumores de reto – ressecção anterior e amputação abdômino-perineal foram as cirurgias mais realizadas na confecção dos estomas. É importante destacar que em 23,3% das cirurgias foi apenas realizada a confecção da derivação intestinal.

Quanto ao caráter da cirurgia foram 40 cirurgias curativas ou 71,4% do total. As cirurgias paliativas representaram 28,6% do total.

Do total de 56 procedimentos, 38 (67,9%) foram de caráter eletivo e 18 (32,1%) foram realizados de urgência.

A tabela 4 apresenta a distribuição dos estomas quanto a indicação da cirurgia. A maior parte dos estomas foi confeccionada para o tratamento do tumor primário (60,7%). A segunda indicação mais comum foi a obstrução com 23,2% dos casos.

A tabela 5 apresenta as complicações no pós-operatório precoce. Do total de 56 estomas, 29 não apresentaram complicações (51,8%). A complicação mais comum foi a dermatite que ocorreu em 25% dos pacientes.

A frequência de dermatite foi comparada quanto ao tipo de derivação como demonstrado na tabela 6.

A dermatite foi mais freqüente nas ileostomias: foi detectada em 54,5%, enquanto que entre as colostomias foi de 17,8%. Utilizando o teste exato de Fisher, percebe-se que a diferença foi estatisticamente significativa com $p=0,02$.

Para avaliação das complicações entre 30 dias e 3 meses de pós-operatório estavam disponíveis 47 pacientes. Cinco pacientes tiveram o trânsito reconstruído antes deste período e quatro pacientes foram a óbito.

Tabela 2. Distribuição dos estomas quanto ao tumor primário.

Tumor primário	N	%
<i>Colón</i>	5	8,9
<i>Reto</i>	42	75,0
<i>Ânus</i>	2	3,6
<i>Bexiga</i>	3	5,4
<i>Útero</i>	3	5,4
<i>Sarcoma de Partes Moles</i>	2	3,6
<i>Outros</i>	2	3,6
Total	56	100,0

Tabela 3. Distribuição dos estomas quanto a cirurgia realizada.

Cirurgia	N	%
<i>Ressecção anterior do reto</i>	14	25,0
<i>Amputação abdômino-perineal</i>	12	21,4
<i>Exenteração pélvica</i>	3	5,4
<i>Hartman</i>	2	3,6
<i>Apenas derivação</i>	13	23,2
<i>Outras</i>	11	19,6
Total	56	100,0

A taxa de complicações tardias caiu drasticamente em relação às complicações precoces. Do total de 47 derivações, 42 (89,4%) não apresentaram complicações.

Para a avaliação das complicações entre 3 e 6 meses estavam disponíveis 34 estomas (14 pacientes tiveram a derivação fechada e 8 pacientes foram a óbito ou perderam seguimento). Do total de 34 pacientes, (2,9%) teve prolapso.

Na tabela 8 estão apresentadas as complicações após 6 meses de pós-operatório. Estavam disponíveis para avaliação 31 pacientes (15 tiveram a derivação fechada e 10 pacientes foram a óbito ou perderam o seguimento).

Do total de 31 pacientes, 5 (8,9%) apresentaram complicações. A complicação mais freqüente foi a dermatite que ocorreu em dois pacientes (6,5%).

Discussão

A freqüência de pacientes com complicações associadas ao estoma variou entre 48,2% no período precoce a 1,8% no período entre 3 e 6 meses após a cirurgia. O que demonstra

Tabela 4. Distribuição dos estomas quanto a indicação da cirurgia.

Cirurgia	N	%
<i>Tratamento do tumor primário</i>	34	60,7
<i>Obstrução</i>	13	23,2
<i>Fístula</i>	6	10,7
<i>Outras</i>	3	5,4
Total	56	100

que o procedimento é associado à significativa morbidade. Deve ser destacado que a taxa de complicações observada neste estudo em relação a estudos anteriores deve-se ao fato de que a maioria dos estudos não avaliou a freqüência de dermatite periestoma, que é a complicação mais comum. A ocorrência de dermatite depende da qualidade do estoma e do auto-cuidado com a manutenção da barreira protetora. A dermatite foi mais freqüente nas ileostomias, pois ao contrário das colostomias, o efluente da ileostomia é mais alcalino e contém enzimas que em contato com a pele causam a dermatite química.¹⁰

Em 4 pacientes no período precoce foi verificada lesão mecânica no estoma ou na pele periestomal. Essas lesões são geralmente provocadas por placas cortadas de forma inadequada levando ao estrangulamento do estoma.

A ocorrência de prolapso variou entre 5,4% a zero no período entre 30 dias e 3 meses no pós-operatório. O prolapso gera ansiedade e desconforto para o paciente e torna o manuseio dos equipamentos mais complexo. É mais comum nas colostomias transversas em alça. Ocasionalmente o prolapso pode levar ao encarceramento e estrangulamento do estoma.¹⁰ A única opção para correção para o prolapso é a cirurgia quando as medidas conservadoras falharem: manobras na alça intestinal para auxiliar o retorno para a parede abdominal, uso de bolsas flexíveis para prevenir o trauma mecânico na alça, uso de cinto, uso de açúcar nos casos de edema importante.^{2,5}

Tabela 5. Complicações até o 30º dia pós-operatório.

Complicação	N*	%
<i>Injúria mecânica</i>	4	7,1
<i>Dermatite</i>	14	25,0
<i>Reação alérgica ao dispositivo</i>	1	1,8
<i>Necrose</i>	3	5,4
<i>Retração</i>	2	3,6
<i>Prolapso</i>	3	5,4
<i>Separação cutâneo-mucosa</i>	1	1,8
<i>Edema</i>	2	3,6
<i>Outras</i>	4	7,1

*mais de uma complicação por paciente

Tabela 6. Comparação da ocorrência de dermatite precoce entre ileostomias e colostomias.

Tipo de derivação	Dermatite					
	Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ileostomias	5	45,5	6	54,5	11	100
Colostomias	37	82,2	8	17,8	45*	100
Total	42	75,0	14	25,0	56	100

*Exato de Fisher $p = 0,02$

A necrose ocorreu em 3 casos (5,4%). A isquemia pode ser causada por tensão mesentérica ou retirada excessiva do mesentério do segmento intestinal.¹⁰ Os três episódios de necrose foram superficiais, o que exigiu apenas observação e nos três casos ocorreu o restabelecimento da vascularização do estoma.

A retração ocorreu em 2 pacientes (3,6%) no período precoce. Segundo Cowel et al a incidência de retração varia entre 1 e 11%.⁵ A retração geralmente é consequência de tensão persistente no estoma devido à mobilização inadequada do intestino, fragilidade da parede abdominal ou necrose prévia.^{5,10}

Um paciente apresentou separação cutâneo-mucosa. A separação cutâneo-mucosa é observada quando as suturas se separam devido à tensão excessiva ou devido a uma abertura excessiva da pele. Nas separações menores não se observam maiores consequências, ocorrendo cicatrização por segunda intenção. Nestes casos deve-se preencher o defeito com pó ou curativos absorvíveis e proteção da área com barreira em pasta ou "wafer". As separações maiores podem levar a serosite ou estenose sendo necessária intervenção cirúrgica.^{5,6} Foi observado um caso de distúrbio metabólico em

consequência de débito elevado em paciente ileostomizado. O débito de uma ileostomia nas primeiras duas semanas é de 1 a 1,5 l/dia. A média de débito após essas duas semanas fica entre 500 a 800 ml/dia. Uma ileostomia com alto débito é aquela que apresenta volumes superiores a 1 l/dia. As causas de alto débito podem ser íleo pós-operatório, sepsis intra-abdominal, gastroenterite, doença de Crohn, obstrução parcial do intestino delgado e síndrome do intestino curto. Todos os pacientes com ileostomias apresentam depleção subclínica de água e sódio, que podem tornar-se sintomática na presença de um dos fatores acima mencionados. O tratamento é a administração de antidiarréicos e reposição hidroeletrólítica. Em casos de síndrome do intestino curto a suplementação alimentar é necessária, especialmente na presença de absorção inadequada de gordura.⁶ No caso do paciente deste estudo foi realizada a reposição hídrica. O problema foi solucionado com o fechamento do estoma por tratar-se de uma ileostomia temporária para a proteção da anastomose ileoanal.

Tabela 7. Complicações entre o 30º dia e o 3º mês pós-operatório.

Complicação	N	%
Injúria mecânica	1	2,1
Dermatite	1	2,1
Granuloma	2	4,3
Distúrbio metabólico	1	2,1

Tabela 8. Complicações após 6 meses de pós-operatório.

Complicação	N*	%
Dermatite	2	6,5
Retração	1	3,2
Prolapso	1	3,2
Hérnia periestomal	1	3,2
Implante de mucosa na pele periestomal	1	3,2
Sangramento	1	3,2

*mais de uma complicação por paciente

Um paciente apresentou hérnia periestomal cerca de 8 meses após a cirurgia. A taxa de hérnia periestomal varia entre 2% a 20% podendo chegar a 37% em alguns estudos, sendo mais comum em colostomias em alça.^{5,10} Dentre os fatores que podem predispor ao desenvolvimento de hérnia estão: obesidade, história de hérnia abdominal, idade avançada, desnutrição, infecções na ferida operatória, incisões prévias múltiplas na parede abdominal ou colocação do estoma fora do reto abdominal.^{5,10} Hérnias menores podem ser controladas através de medidas conservadoras, como o uso do cinto.^{5,6} Entretanto em casos mais sintomáticos é necessária a laparotomia para reposicionamento do estoma, reparo primário da fâscia ou uso de próteses como tela de polipropileno. É importante notar que a taxa de recorrência pode chegar a 50 a 100% dependendo do método utilizado.⁵

Comentários

Existem medidas que podem contribuir para a redução das complicações associadas às derivações

intestinais: demarcação no pré-operatório, construção adequada do estoma, escolha adequada dos equipamentos, educação do paciente e cuidador e assistência multidisciplinar.^{5,6,11-12}

Neste sentido o Departamento de Cirurgia Pélvica criou o Grupo de Apoio ao Paciente Estomizado (GAPE) em 1994. O GAPE tem como missão "Contribuir para a reintegração do indivíduo portador de estoma ao contexto familiar e social, promovendo ações para melhoria da qualidade de vida através da capacitação do indivíduo, familiar e profissionais de saúde". Para atingir essa missão o grupo desenvolve as seguintes atividades: implantação de protocolos de assistência, manutenção de banco de dados, capacitação profissional, desenvolvimento de materiais educativos e coordenação de grupos de discussão. Acredita-se que com essas atividades será possível reduzir a taxa de complicações e principalmente oferecer uma assistência que possibilite a reabilitação do paciente stomizado à família e sociedade.

Abstract

Despite the fact that stoma making is a simple technique, complications are frequent. Possible stoma complications are necrosis, retraction, varices, stricture, prolapse, peristomal fistula, peristomal hernia, peristomal dermatitis, infection, bleeding and mucocutaneous separation. The objectives of this study were: identify the incidence of stoma related complications and access stoma characteristics. Fifty-six charts were reviewed. The most common complication in the early period was peristomal dermatitis (35%) and the second one mechanic injury (7,1%). Some of the late complications were dermatitis, retraction, prolapse, hernia, bleeding, mucosa implants, metabolic disturbance and mechanic injury. Complications can be reduced with some measures: preoperative marking of the stoma site, adequate stoma construction, adequate equipment selection, patient and family education and multidisciplinary care.

Referências bibliográficas

1. Caraldo P. Intestinal stomas: 200 years of digging. Dis Colon Rectum 1999; 42:137-42.
2. Santos VLC, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2000.
3. Alterescu KB. Colostomy. Nurs Clin N Am 1984; 22:281-9.
4. Lyon CC, Smith AJ, Griffiths CEM, Beck MH. The spectrum of skin disorders in abdominal stoma patients. Br J Dermatol 2000; 143:1248-60.
5. Cowell JC, Goldberg M, Carmel J. The state of the standard diversion. J WOCN 2001; 28:6-17.
6. Fazio VW, Tjandra JJ. Prevention and management of ileostomy complications. J E T Nurse 1992; 19:48-53.
7. Leenen LPH, Kuypers JHC. Some factors influencing the outcome of stoma surgery. Dis Colon Rectum 1989; 2:500-4.
8. Porter JA, Salvati EP, Rubin RJ, Eisenstat TE. Complications of colostomies. Dis Colon Rectum 1989; 2:299-303.
9. Ratliff CR, Donovan AM. Frequency of peristomal complications. Ostomy Wound Management 2001; 47:26-9.
10. Shellito P. Complications of abdominal stoma surgery. Dis Colon Rectum 1998; 41:1562-72.
11. United Ostomy Association. National guidelines for enterostomal patient education. Dis Colon Rectum 1994; 37:559-63.
12. Bass EM, Del Pino A, Tan A, Peral RK, Orsay CP, Abcarian H. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? Dis Colon Rectum 1997; 40:440-2.