

Revisão Temática
Theme Review

A.MARTINS BARATA

Ex-Assistente Graduado de Cirurgia -
IPOFG Lisboa - Proctologia. Consultor da
Associação Portuguesa de Ostimizados

Correspondência
E-mail: argmba@netcabo.pt

CONSIDERAÇÕES SOBRE ESTOMAS ENTÉRICOS PARTE I - ASPECTOS HISTÓRICOS E SEU PLANEAMENTO

Desde a remota Antiguidade que se reconhece a natureza fatal das feridas do intestino. A Bíblia no Livro dos Juízes 3:16-22 refere que Deus enviou Ehud, um homem canhoto para dar um presente ao Rei de Moab, Eglon. Sob o pretexto de lhe dar uma mensagem secreta, Ehud cravou-lhe uma adaga, ferindo-o da coxa até à barriga.

"e os copos da adaga entraram com a lâmina pela ferida, que ficou coberta pela muita gordura.... e logo os excrementos saíram pelas suas vias naturais "



Se o Rei Eglon tivesse sobrevivido teria ficado com uma fístula *entero-cutânea* que em termos práticos poderá pôr os mesmos problemas que um estoma entérico, mas que se distingue deste por ser originado *acidentalmente e não planeado* pelo cirurgião.

É especialmente a *intenção*, que diferencia uma fístula de uma colostomia ou ileostomia.

Diz-se que "in medicine one can make the discoveries of the future by reading the literature of the past". Assim parece ter acontecido com o desenvolvimento das técnicas operatórias.

A Colostomia

A primeira notícia da criação intencional de uma abertura numa porção do tracto intestinal a fim de tratar uma obstrução remonta a 1776 com Pillore de Rouen - uma cecostomia.

Duret, francês de Brest, em 1793 fez uma colostomia ilíaca num ânus imperforado de uma criança de 3 anos que sobreviveu 45 anos. Daí ser considerado o "Pai da Colostomia" dado o facto das suas observações clínicas antecederem as de outros cirurgiões cerca de 99 anos.

Seguiu-se um longo período em que os estomas foram construídos na região ilíaca para evitar a peritonite e a retracção, sendo o meso fixado à parede abdominal.

Amussat, cirurgião francês, em 1839 numa tentativa de evitar uma estenose, optou por uma incisão da parede abdominal feita a meia distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal sem sutura colo-cutânea primária, factor que se admitia ser a causa da dita estenose.

A "operação de Amussat" esteve em voga durante cerca de 50 anos e, embora a colostomia nunca prolapsasse, tinha todas as desvantagens inerentes

à difícil aplicação de um penso ou de um saco colector na região lombar.

Outros nomes bem conhecidos estão ligados à história das colostomias especialmente as chamadas "paliativas" do cancro rectal, no séc. XIX, como Lisfranc, Kraske e Hartmann. **Ernest Miles** cirurgião e anatomista, em 1908 com a sua *amputação abdomino-perineal* no cancro do recto, formatada em critérios halsteadianos, difundiu a via intra-peritoneal. Goligher em 1958 retomou a técnica da colostomia extra-peritoneal, (ou retroperitoneal) que visava fundamentalmente evitar não tanto a infecção mas sim o prolapso.

Este percurso histórico leva-nos finalmente à *colostomia terminal* tal como é executada actualmente numa operação de Miles ou numa ressecção de Hartmann com sutura colo-cutânea primária.

O mesmo acontece à *colostomia em ansa*: vários cirurgiões deram o seu contributo como Duret, já referido, que em 1793 propôs a incisão na pele de 4 a 5 cms, *Karl Maydl* (1888) - que sugeriu uma vareta de suporte e a abertura imediata da ansa no bordo antimesentérico e de *D.H.Patey* (1951) que retomou a sutura colo-cutânea primária⁽¹⁾.

Em Portugal até meados do século passado eram realizadas, embora raramente, as colostomias "paliativas" em ansa, os "ânus ilíacos". Até então, o fundador do Instituto Português de Oncologia, Francisco Gentil, fizera em alguns casos, em geral mal sucedidos, uma operação a que se chamava na gíria hospitalar "abaixamento". Tratava-se de uma colostomia perineal: o recto ou parte do órgão com o tumor e esfíncteres era isolado das estruturas vizinhas, abaixado, ressecado, e o topo do intestino suturado à pele do períneo.

(O autor destas linhas teve oportunidade de ver na consulta de Proctologia do IPOFG em 1969, um doente que sobreviveu a um cancro do recto com um "abaixamento" cerca de 30 anos depois desta penosa intervenção). A primeira operação de Miles foi feita por Mendes Ferreira em 1949 em Lisboa. Em 1950, Mário de Andrade, responsável pela consulta de Proctologia do IPO e Lima Basto,



Aparelhos de colostomia de tela, borracha, vidro, cabedal, antes da era do plástico.

tomaram contacto com a amputação abdomino-perineal combinada síncrona de Lloyd Davis no St Mark's Hospital de Londres, técnica que trouxeram para Portugal. Eram desconhecidos os conceitos actuais da excisão do mesorecto, da vantagem do aspecto cilíndrico da peça operatória preconizada por Miles há 100 anos.

Tais factos possibilitavam uma intervenção rápida e, revezando-nos no tempo abdominal e perineal, foi possível em certos casos registar um tempo operatório de 45 minutos.

Cerca de 10 anos antes de se reformar, Mário de Andrade celebrou com um jantar em Setembro de 1975 a milésima operação, infelizmente sem ter avaliado atempadamente os resultados estatísticos, raros e valiosos nesta circunstância "one technique, one surgeon".

Hoje em dia esses resultados teriam um valor histórico no que respeita a sobrevida. No entanto, a construção do estoma não mudou nos últimos anos e os erros então cometidos repetem-se actualmente.

A Ileostomia

Durante os anos do desenvolvimento da colostomia aplicada em casos de obstrução intestinal o íleon foi encarado com interesse.

Young Brown fez a primeira ileostomia nos Estados Unidos em 1913 com secção do íleon terminal, encerramento do topo distal e construção de ileostomia terminal. Durante 37 anos manteve-se esta operação, embora mais tarde alguns cirurgiões preferissem uma ileostomia em ansa. Em 1935, R.H Miller numa reunião sobre técnicas de ileostomia acentuou a necessidade de abertura de 2 dedos na parede abdominal dizendo "... se for mais larga, resulta uma hérnia, se mais apertada uma obstrução..." Segundo Rupert Turnbull este sábio conselho foi ignorado largamente durante 18 anos!⁽²⁾

Em 1941 a ileostomia era ainda construída como se tratasse de uma colostomia em ansa. O doente era muitas vezes alvo de uma síndrome a que foi dado o nome de Síndrome de Disfunção do Estoma, com descargas aquosas, caimbras, vómitos e hipovolémia. Foi atribuído a uma constrição cicatricial do estoma. Vários cirurgiões sugeriram soluções para esta situação: Lahey, em 1951, alterou o posicionamento da linha mediana para a fossa ilíaca direita, um avanço na boa adaptação da bolsa colectora; R. Turnbull aconselhou incisões na camada seromuscular e um estoma procidente.

Finalmente a ileostomia terminal como hoje é executada deve-se ao inglês Bryan Brook não existindo qualquer disfunção se forem respeitados três aspectos: o estoma passar por uma *abertura de 2 dedos*, estar *procidente*, e

com uma eversão - ou ainda como diria mais tarde com graça brejeira Golligher numa mesa redonda de um simpósio no Porto: "indecently everted".

O **doente** confrontado numa consulta com o que julgava tratar-se de uma doença anal sangrante, benigna, é informado que tem um tumor maligno do recto, recebe uma notícia brutal. Embora não seja um caso específico da patologia oncológica, frequentemente a primeira pergunta que ele faz ao médico é: "Terei de ficar com um "saco" ou com um "ânus artificial"?"

Em segundo lugar, e só então, poderá perguntar qual será a sua esperança de vida.

É neste cenário que o doente é internado para ser operado, com informação muitas vezes deformada de "amigos" ou vizinhos, sobre a sua operação ou o seu futuro. Na sua mente passa o medo do odor, da saída de fezes por má aplicação do saco, dos ruídos inoportunos, da dieta que deverá fazer, do seu emprego, da sua vida familiar/conjugal, profissional, do desporto, dos banhos de mar.

O **planeamento** de um estoma entérico obriga a uma metodologia cuidadosa da parte do cirurgião pois a ignorância de certos passos poderá levar a maus resultados ou a problemas de difícil resolução não só para o doente como para o próprio médico.

O que se pretende é conseguir um orifício a toda a espessura da parede do abdómen que irá ser atravessado por uma ansa intestinal com uma abertura que dê passagem ao conteúdo intestinal para um saco aderente, de modo que seja garantida uma drenagem estanque, sem fugas, na interface pele/sistema colector.

Esse desiderato passa entre outras medidas pela construção de uma colostomia num local adequado.

O **local** onde se irá situar o estoma deverá ser marcado com tinta ou até com um agrafe pelo cirurgião ou pela enfermeira (ET) antes da cirurgia, depois de avaliado o doente sentado, de pé, deitado, vestido e despido e com um saco colector semelhante ao que irá utilizar.

A marcação terá lugar num espaço triangular que se define pela intersecção de três linhas imaginárias, uma entre a espinha ilíaca antero-superior e o umbigo, outra entre este e o púbis e a última entre a espinha ilíaca e o púbis. No triângulo assim formado seja à esquerda no caso de uma colostomia, seja à direita no caso de uma ileostomia, o cirurgião irá escolher um ponto que num raio de 5 cms evitará pregas cutâneas, cicatrizes queloidais de anteriores intervenções, estruturas ósseas vizinhas como o rebordo costal (nas transversostomias) ou as espinhas ilíacas (nas colo e ileostomias) ou o umbigo. A ignorância destes factos poderá conduzir a fugas na interface pele/aparelho - especialmente nas ileostomias, com fezes moles - que obrigará à calafetagem com pastas niveladoras (agentes vedantes) ou mesmo a uma nova inter-

venção cirúrgica.

O facto de o cirurgião fazer passar o intestino através das fibras musculares do recto do abdómen ou no seu bordo, a meia ou a dois terços da distância da espinha ilíaca ao umbigo, o que poderá depender em parte dos seus hábitos ou idiosincrasias não comprometerá uma aparelhagem estanque; sabemos que, de modo geral, quanto mais medial estiver o estoma dando passagem ao punho fechado menor a necessidade de encerrar o "espaço lateral" suturando o mesentério ou mesocólon ao peritoneu parietal para evitar uma oclusão.

O estoma deve situar-se, em princípio, abaixo da cintura e de preferência abaixo do cinto; caso tal não seja possível, uma alternativa são os suspensórios.

Um obeso com um grande avental adiposo abdominal poderá ter grandes problemas se o estoma for indevidamente posicionado, facto que o obrigará de futuro a recorrer a um espelho para a sua higiene local. A escolha de um outro local ao nível do umbigo ou mais acima poderá evitar estes inconvenientes.

Um artrítico poderá pôr problemas de difícil resolução.

Um muçulmano poderá pretender uma localização fora da chamada "zona íntima", área que se estende do umbigo aos joelhos, para evitar ter de repetir uma ou mais de uma das 5 abluções diárias que precedem a oração (cada ablução grande implica lavar três vezes as mãos, os pulsos, gargarejar, lavar o nariz, a face da testa ao queixo, antebraços, orelhas e o pescoço; a oração não é válida no contacto ou passagem de fezes, flato ou urina na zona íntima)⁽³⁾.

Por vezes será útil a escolha de uma segunda ou mesmo terceira localização alternativa que será ou não rejeitada durante a cirurgia. Pode ser, por exemplo, marcado um local na fossa ilíaca direita e outro no hipocôndrio direito com a finalidade de proteger uma anastomose colo-anal.

É evidente que numa cirurgia de urgência em que é decidido no momento fazer um estoma, a questão que se põe é diferente como se compreende.

Norma Gill e a Estomaterapia

Em 1950 os produtos para ostomizados eram muito limitados a nível mundial do ponto de vista tecnológico. Antes da era do plástico os sacos eram de borracha, ajustada a um bocal no apex uma campânula de vidro, sendo o conjunto fixado ao abdómen com dois cintos de cabedal. A construção de estomas era tecnicamente fraca, não existindo uma infra-estrutura de enfermagem.

É então que, em 1954, uma enfermeira, *Norma Gill*, entra no Hospital da Cleveland Clinic com péssimo estado geral

devido a uma doença inflamatória crónica; é vista por Rupert Turnbull que propõe uma ileostomia. Depois de várias intervenções, começa uma nova vida e decide entregar-se à nobre missão de educar os doentes na sua situação, contactando vários cirurgiões. Em 1962, Norma Gill e Turnbull abrem a primeira escola de estomaterapia com a ajuda de monitoras, elas próprias ostomizadas, inicialmente.

Os sacos colectores passam então nos EUA rapidamente de material reutilizável para descartável com a ajuda técnica da indústria alimentar que dominava a técnica do plástico. Actualmente as ET - "Enterostomal Therapists" prestam uma ajuda inestimável aos ostomizados estando organizadas em 55 países⁽⁴⁾.

Um cirurgião esclarecido, que deverá estar na primeira linha, colaborando com uma enfermeira conhecedora das técnicas de tratamento de ostomizados e fístulas entéricas, constituem a base ideal de um adequado apoio no pré, intra e pós-operatório. As associações de ostomiza-

dos poderão secundariamente esclarecer dúvidas de doentes, com as suas equipas de visitantes. Ostomizados veteranos, bem integrados, saudáveis, poderão prestar uma ajuda credível para o paciente.

Se a tua vida te der um limão, sabe ao menos fazer uma limonada...

(Lema de uma associação americana de ostomizados)

Bibliografia

1. Atlas of Intestinal Stomas - Rupert Turnbull The C.V. Mosby Company. 1967 - Pag.136.
2. Ibd - Pag 4.
3. Informação do Sheiq Munir da Comunidade Islâmica Portuguesa.
4. in ET/WOC Nursing Enterostomal therapy, wound, ostomy, continence, nursin.