

# REPARO DE GRANDES HÉRNIAS OSTOMAIS COM PERMANÊNCIA DO ESTOMA, UTILIZANDO TELA DE POLIPROPILENO

## REPAIR OF BIG OSTOMAL HERNIAS WITH PERMANENCE OF STOMA USING POLYPROPYLENE MESH

Fernando Antônio Bohrer Pitrez, ACBC-RS<sup>1</sup>

Hélio F. Lemchen, ACBC-RS<sup>2</sup>

Sérgio Ricardo Pioner, ACBC-RS<sup>2</sup>

João Henrique Irigaray<sup>2</sup>

Guillermo Kiss<sup>3</sup>

Daniel Nunes e Silva<sup>4</sup>

---

**RESUMO: Objetivo:** Descrever a experiência dos autores na correção de grandes hérnias ostomais, apresentando os resultados obtidos através da utilização de técnica preconizada pelo serviço. **Método:** Foram analisados, retrospectivamente, seis casos de grandes hérnias ostomais (>10cm), no período de 1982 a 1999, sendo dois pacientes do sexo masculino e quatro do feminino, com média etária de 60 anos. Foram observadas duas hérnias paraostomais e quatro hérnias periostomais. **Resultados:** Três pacientes foram submetidos à técnica preconizada pelos autores, com uso de tela de polipropileno e permanência do estoma, outros três pacientes foram submetidos à correção das hérnias com mudança do local da ostomia. Não houve recorrência na amostra estudada após acompanhamento que variou de um a cinco anos. **Conclusões:** A técnica proposta possibilita a manutenção da ostomia em seu sítio primário, reforça a parede, previne a recidiva herniária e o prolapso da ostomia.

**Descritores:** Hérnia; Ostomia; Correção.

---

### INTRODUÇÃO

O tratamento cirúrgico das hérnias ostomais possui inúmeras alternativas técnicas, todavia o índice de complicações e recidivas se mantém estável através dos tempos. O presente estudo tem por objetivo atualizar os aspectos envolvidos no diagnóstico, no manejo e nas complicações das grandes hérnias ostomais, aquelas cujo anel herniário é maior do que 10cm, bem como apresentar os resultados de uma alternativa cirúrgica viável, utilizada no serviço de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre (CHSCPA). Os autores descrevem a técnica para o tratamento das hérnias ostomais sem que haja o deslocamento da ostomia, utilizando tela de polipropileno, o que

possibilita, além da fácil execução técnica, a manutenção do funcionamento normal e imediato da ostomia, obtendo um reforço parietal, o que previne o surgimento de recidivas e complicações.

### MÉTODO

Foram analisados, retrospectivamente, seis casos de grandes hérnias ostomais, tratados cirurgicamente no CHSCPA, no período de 1982 a 1999. Dois pacientes foram do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com média etária de 60 anos. Foram observadas duas hérnias paraostomais e quatro hérnias periostomais. Três pacientes foram submetidos à técnica descrita a seguir, com uso de tela de

- 
1. Professor Adjunto de Cirurgia Geral da FFFCMPA e Cirurgião do Centro Integrado de Hérnias da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.
  2. Cirurgião do Centro Integrado de Hérnias do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre.
  3. Residente de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre.
  4. Acadêmico de Medicina da FFFCMPA. Monitor da Disciplina de Cirurgia Geral.

Recebido em 14/9/2000

Aceito para publicação em 5/12/2000

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre (CHSCPA) e Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFCMPA) — Rio Grande do Sul.

polipropileno e permanência do ostoma *in situ*. Outros três pacientes foram submetidos à correção das hérnias com mudança do local da ostomia.

A técnica preconizada pelo Serviço de Cirurgia Geral do CHSCPA, é descrita a seguir:

- 1) Incisão arciforme, distante 10 centímetros da ostomia, de tal forma a expor e liberar amplamente o saco herniário (Figura 1).
- 2) Descolamento do tecido celular subcutâneo, expondo a camada musculoaoneurótica, mantendo-se o segmento intestinal exteriorizado e a junção mucocutânea intactos em seus sítios originais (Figura 2).
- 3) Abertura do saco herniário longitudinalmente, resseca-se os excessos e sutura-se os dois folhetos peritoneais no contorno externo da alça, sem mobilizá-la (Figura 3).
- 4) Reconstrução do defeito musculoaoneurótico, por sutura primária ou por meio de plásticas faciais, junto ou ao redor do ostoma, que permanece intocado.
- 5) A tela de polipropileno é recortada com uma abertura central circular, de acordo com o diâmetro do ostoma, sendo assentada ao redor do mesmo (Figura 4).



**Figura 1** — Incisão arciforme, lateral à ostomia.



**Figura 2** — Descolamento do tecido celular subcutâneo, mantendo a ostomia em seus sítio original.

- 6) Fixação mediante sutura com pontos isolados, unindo a tela ao plano musculoaoneurótico e à borda intestinal, o que ancora a alça e reforça a parede (Figura 5).
- 7) Reaproximação da parede anterior e das bordas periféricas da tela; sutura com pontos isolados (Figura 6).
- 8) Drenos de sucção, sutura e imediata colocação da bolsa coletora (Figura 7).

## RESULTADOS

As complicações, infecção de ferida operatória em dois casos e necrose de segmento de pele e seroma em um caso, foram verificadas no grupo de pacientes em que foi utilizada a técnica de translocação da ostomia. Com um acompanhamento pós-operatório variando de um a cinco anos, não foi observada recidiva herniária em nenhum dos pacientes operados.

## DISCUSSÃO

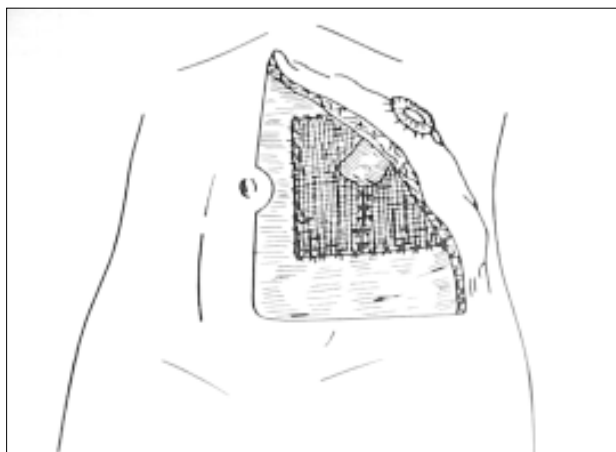
Hérnia ostomal é uma forma peculiar de eventração que se desenvolve adjacente ou envolvendo uma ostomia,



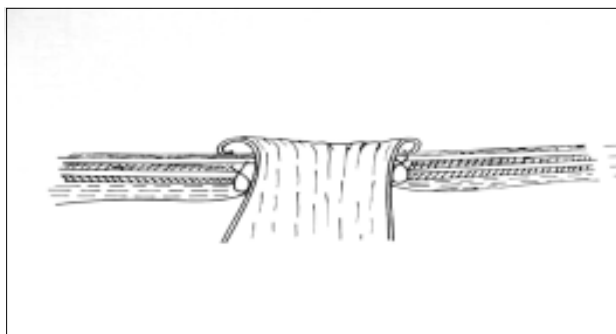
**Figura 3** — Abertura do saco herniário sem a mobilização da alça.



**Figura 4** — Molde para a tela de polipropileno.



**Figura 5** — Fixação da tela no plano musculoaponeurótico.



**Figura 6** — Sutura da parede anterior e das bordas periféricas da tela.

seja ela proveniente de uma enterostomia ou, mais frequentemente, de uma colostomia<sup>1</sup>. Este tipo específico de hérnia pode adquirir grandes proporções, revestindo-se de graves conseqüências para o paciente, tanto de ordem funcional do ostoma, quanto em alterações anatomofisiológicas na parede abdominal<sup>2</sup>.

Há na literatura uma controvérsia em relação à nomenclatura uniforme dos diferentes tipos de hérnias ocorridas em orifícios ostomais, todavia sua correta identificação é ideal para procedermos à conduta terapêutica<sup>3</sup>. A nomenclatura mais utilizada divide as eventrações ostomais em hérnias periestomais – aquelas em que a protrusão faz-se ao redor do ostoma, envolvendo-o totalmente – e em hérnias paraostomais – aquelas em que a protrusão faz-se junto a uma das margens orificiais<sup>3</sup>.

A construção de uma ostomia é um procedimento cirúrgico freqüente, ostentando níveis amplamente variáveis de morbidade (11-60%), que incluem as eventrações, e de mortalidade (1-24%)<sup>4</sup>. A incidência das hérnias ostomais varia de 3-50%<sup>2,4</sup>, de acordo com as características do paciente, local e técnica utilizada<sup>3</sup>. Entende-se que a etiologia da hérnia ostomal é multifatorial e relaciona-se com fatores comuns às outras formas de eventrações abdominais - infecção de ferida operatória, aumento da pressão



**Figura 7** — Pós-operatório imediato com funcionamento da bolsa coletora.

abdominal, desnutrição, idade avançada, obesidade e corticoterapia – e com fatores predisponentes específicos – denervação da musculatura periostomal, orifício parietal com diâmetro maior do que o diâmetro da alça, localização do ostoma lateral ao músculo reto abdominal e erro técnico na construção da ostomia<sup>5,6</sup>.

A repercussão das hérnias ostomais depende, principalmente, de sua extensão. As de pequenas proporções, geralmente, não apresentam conseqüências importantes no funcionamento do ostoma e na fisiologia abdominal. No caso de hérnias maiores, as alterações abdômino-ostomais podem ser importantes e eventualmente temíveis<sup>1</sup>. Complicações como aderência e angulação das alças intestinais, provocando episódios de encarceramento e obstrução, podem ocorrer. Estes, em casos extremos, determinam isquemia e necrose intestinal<sup>6</sup>. Os distúrbios do desempenho do orifício ostomal podem ainda propiciar o surgimento de prolapso intestinal<sup>1</sup>. Outrossim, a falta de um suporte abdominal mais rígido dificulta a adaptação das bolsas coletoras, prejudicando o controle e a proteção do conteúdo intestinal<sup>7</sup>. Além disso, a protrusão herniária acarreta alterações na dinâmica muscular diafragmática, determinando uma insuficiência respiratória relativa, dorsalgias lombossacras e retardamento venoso no sistema cava, contribuindo para uma maior predisposição ao tromboembolismo<sup>3</sup>.

O manejo das eventrações ostomais envolve uma atitude consciente e personalizada, em virtude das múltiplas facetas etiopatogênicas, fisiopatológicas e clínicas envolvidas<sup>3</sup>.

A conduta conservadora é preconizada para a maioria dos pacientes portadores de pequenas eventrações assintomáticas ou para pacientes portadores de ostomias temporárias ou quando a expectativa de vida do paciente é restrita<sup>6,7</sup>.

A conduta cirúrgica deve ser considerada quando a terapêutica conservadora não for satisfatória, quando apresentarem-se complicações, como por exemplo prolapso ou obstrução, quando nos depararmos com grandes hérnias incômodas e disfuncionais, que impedem a adaptação e o

perfeito funcionamento das bolsas coletoras, e quando o aspecto estético estiver comprometido<sup>8</sup>.

A correção de eventrações ostomais continua sendo considerada um desafio para o cirurgião, já que a presença do ostoma provoca relevantes alterações na dinâmica intra-abdominal e parietal, sendo ainda agravadas pela importante debilidade muscular presente nestas situações<sup>2,9</sup>.

As técnicas de reparo podem ser divididas conforme a conservação ou não do ostoma em seu sítio primário<sup>4,5,8,10-12</sup>.

O reparo com reposicionamento da ostomia constituiu-se na maneira mais freqüentemente utilizada para a reconstrução e pode ser realizada de múltiplas formas<sup>4,5,11,13</sup>. Ela tem precisas indicações para casos em que a ostomia esteja localizada em região inadequada – externamente ao reto abdominal, próxima da espinha ilíaca ântero-superior, junto de cicatrizes prévias - ou quando o ostoma apresentar funcionamento precário<sup>4,11</sup>. Essa técnica, muitas vezes, está relacionada com índices importantes de complicações<sup>14,15</sup>.

O reparo sem o reposicionamento do ostoma é preconizado, por alguns autores, como forma ideal para a resolução de hérnias em que o saco herniário se desenvolve em uma das margens (hérnia paraostomal), quando o ostoma estiver bem localizado e com bom funcionamento, e quando, por motivos técnicos, não for possível a realização da transferência<sup>3</sup>.

A técnica preconizada pelos autores mantém o ostoma intacto e acresce uma tela de polipropileno, que serve como ponto de ancoragem do ostoma na estrutura parietal. Apesar de poder ser empregada em qualquer eventração

ostomal, é mais apropriada para as hérnias maiores, que envolvem parcialmente o diâmetro ostomal<sup>3</sup>.

Em uma revisão recente da literatura, foram encontrados apenas 72 casos de reparos de hérnias ostomais *in situ*, através do uso de tela<sup>14</sup>. Estes relatos apresentaram uma menor taxa de complicação e recorrência, quando comparados com o reparo através do deslocamento do ostoma<sup>14,15</sup>.

As técnicas mais utilizadas para a correção da hérnia ostomal *in situ*, com o uso de tela, apresentam pequenas diferenças em seus métodos, variando com o local da incisão, tipo e formato da tela.

Byers, em 1992, relatou nove casos, nos quais, através de incisão mediana, inseriu, ao redor da ostomia, duas fitas de tela de polipropileno na camada musculoponeurótica, não obtendo recidiva da hérnia<sup>16</sup>. Tekkis, em 1999, descreveu o uso da tela em cinco casos, com a mesma metodologia dos autores, através de implante de tela semicircular ao redor da ostomia, com bons resultados<sup>14</sup>. Ciocchi, em 1999, descreveu cinco casos, também com método semelhante ao preconizado pelos autores, no entanto, utilizou a colocação de tela no espaço pré-peritoneal, obtendo excelentes resultados, quando comparados à translocação da ostomia<sup>12</sup>.

Assim, os autores compreendem que as vantagens da reparação de hérnias ostomais *in situ*, através do uso de tela, incluem facilidade de execução, manutenção da ostomia com funcionamento normal, possibilidade de reforço parietal, com prevenção de recidiva herniária e prolapso da ostomia. A técnica preconizada pelo Serviço de Cirurgia Geral do CHSCMPA constituiu-se como uma válida alternativa para a correção de hérnias ostomais.

---

## ABSTRACT

**Background :** *The authors describe their experience with the correction of large ostomy hernias. Methods :* Six patients, two males and four females, with a mean age of 60 years, with ostomy hernias larger than 10 cm, operated between 1982 and 1999. Two patients had parastomy hernia and four, peristomy. **Results:** Three patients were operated by polypropylene mesh repair and with the permanence of stoma "in situ" while three removed the stoma and closed the hernia. There was no recurrence until now (4 patients having a follow-up of 5 years). **Conclusions :** *The present technique a good solution for the ostomal hernes, preventing recurrence.*

**Key Words:** *Hernia; Ostomy; Correction.*

---

## REFERÊNCIAS

1. Postre JA, Salvati EP, Rubin RJ et al. Complications of colostomies. *Dis Col Rectum* 1989; 32:299-303.
2. Cheung MT. Complications of an abdominal stoma an analysis of 322 stomas. *Aust N Z J Surg* 1995; 65:808-811.
3. Pitrez FAB, Pioner SR, "Hérnia periestomal". In Silva AL (ed) - *Hérnias da Parede Abdominal*. São Paulo: Atheneu, 1997 (1) pp223-233.
4. Pitrez FAB. Tratamento cirúrgico de grande hérnia paracolostômica. *Rev Col Bra Cir* 1995; 22(3):169-170.
5. Condon RE. "Peristomal hernia". In Nyhus LM, Condon RE. *Hernia*. 4<sup>th</sup> Edição. Philadelphia: JB Lippincott Co, 1995, pp 337-339.
6. Ligth HG. A secure and colostomy technique. *Surg Gynec Obstet* 1992; 174:67-68.
7. Bayer I, Kyszer S, Chaimoff CH. A new approach to primary strengthening of colostomy with Marlex mesh to prevent paracolostomy hernia. *Surg Gynec Obstet* 1986; 163:579-580.

8. Leslie D. The parastomal hernia. *Surg Cl N Am* 1984; 64(2):407-415.
9. Morris SG, Hughes LE. The continuing challenge of parastomal hernia: failure of novel polypropylene mesh repair. *Ann R Coll Surg Engl* 1998; 80(3):184-187.
10. Estrada RL. Successful local repair of paracolostomy hernia with a newly developed prosthetic device. *Int J Colorectal Dis* 1992; 7:132-134.
11. Stephenson BM, Phillip RKS. Parastomal hernia: local resiting and mesh repair. *Br J Surg* 1995; 82:1395-1396.
12. Ciocchi R, Covarelli P, Gullà N, et al. Treatment of parastomal colostomy hernia. *Minerva Chir* 1999; 54(11): 749-754.
13. Devlin HB. "Peristomal hernia". In Dudley H - *Operative Surgery*. 4<sup>th</sup> Edição. London, Butterworths, 1993, pp441.
14. Tekkis PP, Kocher HM, Payne JG. Parastomal hernia repair: modified thorakson technique, reinforced by polypropylene mesh. *Dis Colon Rectum* 1999; 42(11):1505-1508.
15. Moisisidis E, Curiskis JL, Brooke GL. Improving the reinforcement of parastomal tissues with Marlex mesh: laboratory study identifying solutions to stomal aperture distortion. *Dis Colon Rectum* 2000; 43(1), 55-60.
16. Byers JM, Steinberg JB, Postier RG - Repair of parastomal hernias using polypropylene mesh. *Arch Surg* 1992; 127(10),1246-1247.

Endereço para correspondência:  
Dr. Sérgio Ricardo Pioner  
Rua Barão do Amazonas, 888/202  
90670-001 — Porto Alegre-RS

Email : pioner@dr.com