

RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO E REVISÃO DE LITERATURA

INTESTINAL TRANSIT RECONSTRUCTION: EXPERIENCE OF A TERTIARY HOSPITAL AND LITERATURE REVIEW

RECONSTRUCCIÓN DEL TRÁNSITO INTESTINAL: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Rebecca Reis de Sousa¹

Rafaella Assis Ferraz Ribeiro²

Guilherme Pinto Bravo Neto³

Rebeca d'Aquino e Silva Corrêa Machado⁴

Fernanda Reis Provasi⁵

Matheus Pereira Cavalcante⁶

Vinicius Diegues Brasil⁷

Rubia Brasil Silva Menezes⁸

RESUMO

Diversas situações clínicas podem demandar a confecção de estomias temporárias ou definitivas. Os estomas temporários podem ser fechados em momentos variáveis, com índices de complicações que não são desprezíveis. Este estudo tem como propósito avaliar a morbimortalidade associada à reconstrução do trânsito intestinal em um hospital terciário do Distrito Federal. Além das complicações, foram analisadas as indicações para confecção dos estomas, o intervalo entre o diagnóstico clínico da doença de base e a realização da ostomia, bem como o tempo transcorrido entre sua confecção e o fechamento, assim como variáveis epidemiológicas e demográficas pertinentes. Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, observacional e longitudinal, baseada na revisão de prontuários de pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal na unidade de coloproctologia do Hospital de Base do Distrito Federal (IGES-DF), no período de 2013 a 2023. Houve predomínio do sexo masculino (62,5%), sendo a neoplasia colorretal a principal indicação para os toma (33,3%). A taxa de complicações pós-operatórias foi de 60,8% na confecção de ostomias e de 34% na reconstrução de trânsito, com mortalidade de 5% e 9,8%, respectivamente. Sessenta e oito por cento dos pacientes aguardaram mais de 12 meses para a reconstrução. A morbimortalidade esteve fortemente associada à idade avançada, presença de comorbidades e caráter emergencial das

¹ Graduanda em Medicina, Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: beccasousa@gmail.com

² Graduanda em Medicina, Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: rafaellaaferraz@gmail.com

³ Doutor em Cirurgia Geral, Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: guilhermebravo@gmail.com

⁴ Graduanda em Medicina, Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: rebecadaquino@sempreueub.com

⁵ Graduanda em Medicina, Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: fernanda.provasi@sempreueub.com

⁶ Graduando em Medicina, Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: matheus_pc_1@hotmail.com

⁷ Graduando em Medicina, Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: vinicius.brasil@sempreueub.com

⁸ Graduanda em Medicina, Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: rubia.menezes@sempreueub.com

cirurgias, evidenciando a necessidade de protocolos assistenciais mais estruturados e rastreamento oncológico precoce.

Palavras-chave: Estomas Intestinais. Reconstrução do Trânsito Intestinal. Reversão de Ostomias. Morbimortalidade.

ABSTRACT

Clinical conditions such as intestinal obstruction secondary to colon neoplasia and abdominal trauma may require the creation of stomas for intestinal transit diversion, which may be temporary or permanent in nature. Enterostomy closure can be performed both in emergency settings and electively. This study aims to evaluate the morbidity and mortality associated with intestinal transit reconstruction at a tertiary hospital in the Federal District. The indications for stoma creation, the interval between diagnosis and ostomy performance, as well as the time elapsed between its creation and closure, in addition to relevant epidemiological and demographic variables, were analyzed. This is a retrospective, observational and longitudinal study, based on the review of medical records of patients who underwent intestinal transit reconstruction in the coloproctology unit of the Hospital de Base do Distrito Federal (IGES-DF), from 2013 to 2023. Thus, the analysis of the results obtained highlights the existence of relevant contributions to the investigated field of knowledge, given that intestinal transit reconstruction constitutes the indicated procedure for ostomy reversal; in this context, it is essential to consider the impact on the patient's quality of life, since the continuous use of a collection bag may cause discomfort, social embarrassment and impaired self-esteem, negatively influencing the perception of one's own body image. There was a predominance of male patients (62.5%), with colorectal neoplasia being the primary indication for ostomy creation (33.3%). The postoperative complication rate was 60.8% for ostomy construction and 34.0% for intestinal transit reconstruction, with mortality rates of 5.0% and 9.8%, respectively. Sixty-eight percent of patients waited more than 12 months for reconstruction. Morbidity and mortality were strongly associated with advanced age, presence of comorbidities, and the emergency nature of the surgeries, highlighting the need for more structured care protocols and early oncological screening.

Keywords: Intestinal Stomas. Intestinal Transit Reconstruction. Ostomy Reversal. Morbidity and Mortality.

RESUMEN

Las condiciones clínicas como la obstrucción intestinal secundaria a neoplasia de colon y los traumatismos abdominales pueden requerir la confección de estomas para la derivación del tránsito intestinal, los cuales pueden tener carácter temporal o definitivo. El cierre de la enterostomía puede realizarse tanto en contextos de urgencia como de forma electiva. Este estudio tiene como propósito evaluar la morbilidad asociada a la reconstrucción del tránsito intestinal en un hospital terciario del Distrito Federal. Se analizaron las indicaciones para la confección de los estomas, el intervalo entre el diagnóstico y la realización de la ostomía, así como el tiempo transcurrido entre su confección y el cierre, además de variables epidemiológicas y demográficas pertinentes. Se trata de una investigación retrospectiva, observacional y longitudinal, basada en la revisión de historias clínicas de pacientes sometidos a la reconstrucción del tránsito intestinal en la unidad de coloproctología del Hospital de Base del Distrito Federal (IGES-DF), en el período de 2013 a 2023. De este modo, el análisis de los resultados obtenidos evidencia la existencia de contribuciones relevantes para el área de conocimiento investigada, dado que la reconstrucción del tránsito intestinal constituye el procedimiento indicado para la reversión de las ostomías; en este contexto, resulta fundamental

considerar el impacto sobre la calidad de vida del paciente, puesto que el uso continuo de bolsa recolectora puede generar incomodidad, vergüenza social y deterioro de la autoestima, influyendo negativamente en la percepción de la propia imagen corporal. Hubo un predominio del sexo masculino (62,5%), siendo la neoplasia colorrectal la principal indicación para la confección del estoma (33,3%). La tasa de complicaciones postoperatorias fue del 60,8% en la confección de ostomías y del 34,0% en la reconstrucción del tránsito intestinal, con una mortalidad del 5,0% y del 9,8%, respectivamente. El 68% de los pacientes esperaron más de 12 meses para la reconstrucción. La morbimortalidad estuvo fuertemente asociada a la edad avanzada, la presencia de comorbilidades y el carácter de urgencia de las cirugías, evidenciando la necesidad de protocolos asistenciales más estructurados y de un tamizaje oncológico precoz.

Palabras clave: Estomas Intestinales. Reconstrucción del Tránsito Intestinal. Reversión de Ostomías. Morbimortalidad.

INTRODUÇÃO

Os estomas intestinais, que inicialmente foram descritos por Hartmann, para pacientes com neoplasias obstrutivas de cólon sigmóide e, atualmente, são feitos para outras condições, como traumas abdominais, diverticulites complicadas, doenças inflamatórias intestinais e em situações em que não é recomendável a realização de anastomoses primárias do cólon. (Fonseca, A. Z. *et al*, 2017)

Assim, fatores relacionados às ostomias, como as indicações cirúrgicas, a idade, as comorbidades dos pacientes, e condições anatômicas após a criação do estoma impactam posteriormente nos resultados e nas taxas de morbimortalidade da cirurgia de reconstrução de trânsito intestinal. (He, F., *et al*, 2024). Ademais, devido a esses fatores, não são todos os pacientes ostomizados que são candidatos à cirurgia, principalmente se o paciente estiver envolvido em outros tratamentos, como quimioterapias ou radioterapias, em virtude de neoplasias. (Ommeren–Olijve, S. J.V., *et al*, 2020)

Esse tema é de extrema relevância, já que o assunto vem sendo amplamente debatido na área da coloproctologia, especialmente porque, nos anos de 2018 e 2019, aproximadamente 17 mil homens e 19 mil mulheres receberam diagnóstico de câncer colorretal — condição que representa a principal indicação para a realização de ostomias, segundo estudos recentes (Amaral Lcgm *et al.*, 2021; Salomé Gr *et al.*, 2014; Campos Fgcm *et al.*, 2017). Em 2020, a Associação Brasileira de Ostomizados estimou que aproximadamente 300 mil brasileiros viviam com um estoma intestinal. Essa condição costuma provocar desconforto, impactar negativamente a autoestima e causar insegurança nas relações sociais (Fonseca Az *et al.*, 2017).

O presente estudo, realizado em um hospital terciário do Distrito Federal, foi feito a partir de um levantamento dos pacientes ostomizados e submetidos à cirurgia de reconstrução

de trânsito intestinal com o propósito de avaliar a ocorrência e a morbimortalidade das complicações pós-operatórias. Além disso, buscou-se identificar os fatores de risco mais relevantes associados a esses desfechos. O trabalho também teve como objetivo avaliar o intervalo entre a criação e o fechamento da ostomia e, por fim, esclarecer as principais indicações para sua realização, a fim de evidenciar possíveis causas evitáveis de atraso no diagnóstico e no início do tratamento das doenças agudas do trato digestivo.

REFERENCIAL TEÓRICO

Os desvios temporários do trânsito intestinal, como as ostomias, constituem intervenções frequentes em hospitais gerais e serviços de urgência. O envelhecimento populacional, associado a padrões alimentares inadequados e ao consequente aumento da incidência de câncer colorretal e outras neoplasias do trato gastrointestinal, além da maior ocorrência de doença diverticular do cólon e suas complicações, tem ampliado o número de pacientes que necessitam de estomas como parte do tratamento cirúrgico. Soma-se a esse cenário a elevada prevalência de doença inflamatória intestinal e de traumas abdominais, fatores que contribuem para que muitos indivíduos sejam ostomizados e venham a demandar, futuramente, novos procedimentos para restauração da continuidade intestinal (Iesalnieks *et al.*, 2021).

Entre as indicações mais frequentes para colostomia destaca-se a ressecção do cólon sigmóide e da porção proximal do reto, técnica descrita inicialmente por Henry Albert Hartmann em 1921 para o tratamento do câncer de sigmóide em vigência de obstrução intestinal. Após a retirada do segmento acometido, realiza-se colostomia terminal do cólon descendente e fechamento do coto retal. Atualmente, o procedimento de Hartmann é amplamente empregado em outras situações de urgência, como diverticulite aguda complicada, especialmente na presença de instabilidade hemodinâmica ou peritonite fecal, contextos nos quais o risco de fístula em anastomose primária é elevado (Clementi *et al.*, 2022).

De modo geral, as ostomias estão associadas a complicações específicas, como hérnia paraestomal, obstrução intestinal, dermatites periestomais, desidratação por alto débito, em geral nas ileostomias, distúrbios hidroeletrólíticos e insuficiência renal aguda (Da Fonseca *et al.*, 2018). Além disso, estima-se que entre 6% e 23% das ostomias temporárias não sejam revertidas, em razão de recidiva tumoral, complicações anastomóticas ou recuperação inadequada da função anal, resultando na manutenção definitiva do estoma (Huang *et al.*, 2022).

Ainda assim, a ileostomia de proteção permanece como a estratégia mais utilizada para reduzir a deiscência anastomótica após cirurgias para câncer retal. A decisão por sua confecção

deve considerar fatores como localização tumoral, uso de terapias neoadjuvantes e condições clínicas do paciente; contudo, parcela significativa dessas ostomias inicialmente temporárias acaba tornando-se permanente (Balla *et al.*, 2023). Meta-análise recente identificou como principais fatores associados ao não fechamento da ileostomia: idade superior a 65 anos, sexo masculino, escore ASA ≥ 3 , presença de comorbidades e metástase à distância. Variáveis como índice de massa corporal, níveis pré-operatórios de hemoglobina, albumina e antígeno carcinoembrionário, localização tumoral, quimiorradioterapia neoadjuvante, tabagismo, cirurgias abdominais prévias e abordagem aberta não demonstraram impacto significativo. A incidência de não reversão após cirurgia para câncer retal foi de 16% (He *et al.*, 2024).

Sob outra perspectiva, a presença de estoma intestinal pode acarretar sofrimento emocional e constrangimento, relacionados às alterações corporais e fisiológicas impostas, com repercussões negativas na qualidade de vida e na autoestima. Assim, sempre que possível, a reconstrução precoce do trânsito intestinal assume papel relevante na reabilitação desses pacientes (Mithany *et al.*, 2023).

Quanto à mortalidade associada à reconstrução do trânsito intestinal, diversos fatores devem ser considerados, incluindo o procedimento inicial realizado, suas complicações, a técnica empregada na reconstrução, o uso adequado de antibioticoterapia, os cuidados perioperatórios e os fatores de risco individuais. Um estudo retrospectivo que envolveu um acompanhamento de dez anos do procedimento de Hartmann revelou que o principal fator preditivo de complicações pós-operatórias após o fechamento da colostomia é a presença de múltiplas comorbidades médicas. A maioria dos estudos na literatura demonstra que pacientes com menor número de comorbidades apresentam maiores taxas de sucesso no fechamento da colostomia. (Yalkin *et al.*, 2022)

Akinci *et al.* (2020), em análise de 78 pacientes, demonstraram que a adequada seleção dos candidatos, o momento oportuno da reoperação, a avaliação radiológica pré-operatória do segmento distal, a técnica cirúrgica apropriada e o preparo pré-operatório adequado contribuíram para taxa de mortalidade nula na reversão do procedimento de Hartmann, achados corroborados por Yalkin *et al.* (2022).

No contexto da Doença de Crohn, estudos recentes continuam demonstrando morbidade significativa após reversão de ileostomia. Um estudo com 352 pacientes evidenciou aumento de complicações infecciosas e íleo pós-operatório nos casos de fechamento tardio do estoma, reforçando que o tempo para reconstrução de trânsito permanece controverso (Sun *et al.*, 2024). Além disso, dados multicêntricos mais recentes mostram taxas globais de morbidade próximas

a 30% relacionadas à estomia e sua reversão, com parcela significativa dos pacientes não submetidos à reconstrução do trânsito em até 18 meses (BJS Open, 2025).

Em pacientes submetidos à colostomia por trauma abdominal, uma revisão de literatura apontou que o fechamento precoce, durante a fase proliferativa da cicatrização, pode favorecer melhor recuperação da ferida e da anastomose. Por outro lado, intervalos prolongados entre confecção e reversão podem estar associados a maior incidência de íleo pós-operatório após fechamento de ileostomia em alça (Xu *et al.*, 2023).

O tipo de estoma também influencia os desfechos pós-operatórios. Estomas em alça permitem reconstrução tecnicamente mais simples, pois não exigem nova exploração da cavidade peritoneal; a alça é liberada da pele e da aponeurose, a sutura é realizada externamente e o segmento é reinserido pela incisão original, resultando em menor trauma cirúrgico. Já os estomas terminais frequentemente demandam nova abordagem abdominal por laparotomia ou videolaparoscopia, com dificuldades adicionais decorrentes de aderências, aumentando o risco de sangramento, lesões iatrogênicas e obstrução intestinal no pós-operatório (Mithany *et al.*, 2023).

Por fim, quando criteriosamente indicada, a reversão laparoscópica do procedimento de Hartmann pode apresentar vantagens em relação à técnica aberta, como menor tempo de internação, redução do sangramento intra operatório, menor dor pós-operatória, recuperação mais rápida da função intestinal e menores taxas de morbidade e mortalidade (Whitney *et al.*, 2020). Corroborando esses achados, estudo retrospectivo comparando abordagens laparoscópica e robótica em câncer retal demonstrou redução de morbidade e aumento da sobrevida com técnicas minimamente invasivas (Li *et al.*, 2022).

Verifica-se assim, que a reconstrução do trânsito intestinal é um procedimento cirúrgico fortemente associado a elevadas taxas de morbimortalidade. Clementi *et al.* (2022), em estudo retrospectivo multicêntrico, demonstraram que a restauração da continuidade intestinal após o procedimento de Hartmann apresenta altas taxas de morbidade e mortalidade, sendo o momento da reoperação uma variável importante associada ao surgimento de complicações precoces e tardias. As ostomias, cuja reversão representaram o objetivo deste estudo, tiveram o câncer colorretal como uma das principais indicações. Yalkın *et al.* (2022), em análise de 249 pacientes submetidos ao procedimento de Hartmann, identificaram o tumor colorretal como a indicação mais frequente, presente em 55% dos casos.

Nesse contexto, os estomas intestinais são confeccionados em um amplo espectro de condições clínicas. Chen *et al.* (2021) destacam que, ao longo do tempo, as indicações para o procedimento de Hartmann expandiram-se para cobrir um amplo conjunto de patologias

abdominais, incluindo neoplasia colônica, diverticulite, isquemia e volvo, sendo empregado tanto em cenários de urgência quanto em situações eletivas. Horesh *et al.* (2020), em estudo multicêntrico com 122 pacientes, reforçam essa diversidade, apontando a diverticulite aguda complicada como uma das principais indicações para confecção de ostomia, com o desvio fecal sendo indicado quando não é possível realizar anastomose primária segura, de maneira a reverberar os resultados descritos nesta pesquisa.

A literatura recente reforça que a elegibilidade para a reconstrução do trânsito intestinal não depende exclusivamente da indicação cirúrgica inicial, mas de uma avaliação multimodal que considera estado nutricional, a resposta ao tratamento oncológico, o intervalo desde a confecção do estoma e a reserva funcional do paciente. HE, F., *et al.* (2024) demonstram que fatores como idade avançada, presença de comorbidades e condições anatômicas desfavoráveis após criação do estoma impactam diretamente os resultados e as taxas de morbimortalidade da reconstrução.

Esse tema é de extrema relevância, já que o assunto vem sendo amplamente debatido na área da coloproctologia. Segundo a publicação Estimativa 2023 do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de cólon e reto representa o quarto tipo de tumor maligno mais incidente no Brasil, correspondendo a 6,5% do total de casos, com estimativa de 704 mil novos casos de câncer ao ano no triênio 2023–2025. Especialistas do INCA projetam cerca de 44 mil novos casos de câncer colorretal por ano no Brasil, com tendência de crescimento acentuado nas próximas décadas. O câncer colorretal representa a principal indicação para a realização de ostomias intestinais. Estudo realizado no Brasil com pacientes ostomizados identificou o câncer como a etiologia predominante, presente em 47,4% dos casos, com estimativa de 25 mil casos de câncer para o ano de 2030. Estima-se que aproximadamente 400 mil brasileiros vivam com estoma intestinal, condição que acarreta mudanças em todos os níveis da vida do indivíduo, incluindo necessidade de autocuidado, alteração da imagem corporal, limitações nas atividades sociais, sexuais e cotidianas. (INCA, 2023; INCA/Agência Brasil, 2023; CLEMENTI *et al.*, 2022). Logo, torna-se imprescindível discutir as aplicações da cirurgia de reconstrução intestinal, tendo em vista que a restauração da continuidade intestinal permanece associada a elevadas taxas de morbimortalidade, demandando planejamento criterioso para que seja realizada de forma segura em cada caso.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional e longitudinal, baseado na análise de prontuários de pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal na unidade de

proctologia do Hospital de Base do Distrito Federal (IGES-DF) ao longo de um período de 10 anos (2013–2023).

As informações foram coletadas a partir de registros médicos dos pacientes incluídos no estudo, que passaram por cirurgia de fechamento de enterostomia. Foram realizadas análises considerando variáveis como sexo, faixa etária, presença de comorbidades, indicação e tipo de ostomia, intervalo entre a confecção da ostomia e a cirurgia de reconstrução, complicações específicas de cada procedimento e tempo total de internação hospitalar.

Na etapa inicial, o estudo foi encaminhado para apreciação e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do CEUB e do IGES-DF. Após a aprovação, procedeu-se à coleta de dados por meio da análise documental dos prontuários eletrônicos de pacientes internados no IHBDF que foram submetidos à cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal.

Foram incluídos na pesquisa pacientes, de ambos os sexos, submetidos à confecção de estomas intestinais e à reconstrução do trânsito intestinal no Hospital de Base do Distrito Federal (IGES-DF) no período de 2013 a 2023 e excluídos os pacientes portadores de estomas permanentes e aqueles cujas informações básicas constantes do protocolo não puderem ser extraídas do prontuário médico.

Foram identificados 400 prontuários de pacientes atendidos, mas segundo critérios de exclusão, apenas 120 foram selecionados nesta pesquisa. O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A amostra final de 120 pacientes, obtida a partir dos 400 prontuários identificados, representa uma taxa de inclusão de 30%, o que pode introduzir viés de seleção importante. As perdas ocorreram por algumas razões: descontinuidade do seguimento nos registros eletrônicos da instituição, exclusão de portadores de estomas permanentes e ausência de dados mínimos necessários para o protocolo da pesquisa. É possível que os pacientes com prontuários incompletos representem casos de maior gravidade clínica, tendo evoluído a óbito precocemente ou não tendo retornado ao serviço para seguimento, tal fato poderia subestimar as taxas reais de morbimortalidade encontradas. Adicionalmente, a pandemia de COVID-19 impactou a continuidade dos atendimentos eletivos por 2 a 3 anos, aproximadamente, o que contribuiu para a redução da amostra nesse período. Apesar das limitações, o tamanho amostral obtido é comparável ao de estudos similares na literatura, como os de Horesh *et al.* (2020), com 122 pacientes, e inferior ao de Yalkin *et al.* (2020), com 249 casos, reforçando a necessidade de estudos multicêntricos no futuro para ampliar a representatividade de dados no contexto brasileiro.

Os dados coletados pelos autores foram organizados em um protocolo previamente definido, contemplando informações demográficas (como idade, sexo, raça, profissão,

procedência e comorbidades), além da indicação da ostomia conforme a doença de base, o tipo e a justificativa do procedimento cirúrgico inicial, o intervalo entre a confecção e o fechamento da ostomia, o método de reconstrução intestinal utilizado, o tempo de internação e as complicações pós-operatórias imediatas observadas tanto na realização quanto no fechamento da ostomia. Essas informações foram posteriormente analisadas para a obtenção dos resultados necessários ao estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período analisado, foram registrados 120 pacientes submetidos à confecção de estomas intestinais, sendo 45 (37,5%) do sexo feminino e 75 (62,5%) do sexo masculino. A idade média foi de 61,8 anos entre as mulheres e de 55,6 anos entre os homens. Do total, 61 pacientes (50,8%) tinham idade superior a 60 anos, com variação etária entre 12 e 91 anos.

Tabela 1. Prevalência de sexo

Sexo	n	%
Homens	75	62,5%
Mulheres	45	37,5%
Total	120	100%

Fonte: autoria própria - 2026

Tabela 2. Média de Idade

	Média de idade	Extremos etários
Homens	55,6 anos	12 a 91 anos
Mulheres	61,8 anos	19 a 82 anos

Fonte: Fonte: autoria própria - 2026

A presença de comorbidades foi constatada em 55 pacientes (45,8%), destacando-se a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus tipo 2, as doenças autoimunes e as cardiopatias como as condições mais frequentes. Neoplasias foram identificadas em 57 pacientes (47,5%), sendo que 55 destes (96,5%) apresentavam câncer colorretal.

Tabela 3. Comorbidades

COMORBIDADES*	n	%
Nenhuma	65	54,2%
Hipertensão arterial	43	35,8%
Diabetes	13	10,8%
Doenças autoimunes	17	14,2%
Cardiopatias	2	1,7%
DPOC**	1	0,83%
Neoplasias	57	47,5%

Fonte: Fonte: autoria própria - 2026

* Alguns pacientes apresentavam mais de uma comorbidade; ** DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica

A principal indicação para a confecção de ostomias foram os procedimentos cirúrgicos eletivos para tratamento de neoplasias de cólon, especialmente os tumores de reto, correspondendo a 33,3% dos casos. Dos 120 pacientes operados, 59 foram submetidos à cirurgia em caráter de urgência. Entre esses, em 39 casos foi possível calcular o intervalo entre a admissão hospitalar e a realização do procedimento.

Tabela 4. Indicações Ostomias

INDICAÇÃO	n	%
Cirurgias eletivas para neoplasias colorretais	40	33,3%
Traumatismo penetrante do abdome	19	15,8%
Neoplasias colorretais com obstrução	8	6,7%
Deiscências de anastomoses	8	6,7%
Neoplasias colorretais com perfuração	7	5,8%
Diverticulite aguda complicada	6	5%
Doença de Crohn	5	4,2%
Fístula reto-vesical/reto-vaginal	5	4,2%
Apendicite aguda complicada	4	3,3%
Traumatismo fechado do abdome	4	3,3%
Megacólon chagásico	3	2,5%
Neoplasia de ovário	2	1,7%
Hérnia estrangulada	1	0,83%
Retocolite ulcerativa	1	0,83%
Empalamento com lesão de reto	1	0,83%
Outras	6	5%

Fonte: Fonte: autoria própria - 2026

As ostomias foram classificadas em quatro grupos: colostomias terminais (50 casos, 41,7%), colostomias em alça (12 casos, 10%), ileostomias terminais (19 casos, 15,8%) e ileostomias em alça (31 casos, 25,8%). Em oito pacientes (6,7%), o tipo de ostomia não pôde ser determinado a partir dos registros em prontuário. A taxa de complicações pós-operatórias, tanto clínicas quanto cirúrgicas, foi de 60,8%, enquanto a mortalidade no pós-operatório foi de 5%.

Tabela 5. Tipos de Ostomias

TIPOS DE OSTOMIAS	n	%
Colostomias terminais	50	41,7%
Colostomias em alça	12	10%
Ileostomias terminais	19	15,8%
Ileostomias em alça	31	25,8%
Não identificadas	8	6,7%

Fonte: Fonte: autoria própria - 2026

Tabela 6. Complicações pós-operatórias Ostomias

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS	n	%
Sem complicações	47	39,2%
Com complicações clínicas e/ou cirúrgicas	73	60,8%
Óbitos	6	5%

Fonte: Fonte: autoria própria - 2026

Dos 120 pacientes ostomizados, 97 (80,8%) foram submetidos à reconstrução do trânsito intestinal. O intervalo entre a primeira cirurgia e o fechamento da ostomia variou de três a seis meses em nove pacientes (9,3%), de seis a 12 meses em 22 (22,7%) e de mais de 12 meses em 66 (68%). O índice de complicações pós-operatórias foi de 34% (33 pacientes) e o de mortalidade de 11,3% (11 pacientes).

Tabela 7. Intervalo de tempo entre confecção de Ostomias e reconstrução do Trânsito intestinal

INTERVALO DE TEMPO (em meses)	n	%
> 3 e < 6	9	9,3%
> 6 e < 12	22	22,7%
> 12	66	68%
Total*	97	100%

Fonte: Fonte: autoria própria - 2026

Tabela 8. Complicações pós-operatórias reconstrução do trânsito intestinal

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS	n	%
Sem complicações	64	66%
Com complicações clínicas e/ou cirúrgicas	33	34%
Óbitos	9	9,8%

Fonte: Fonte: autoria própria - 2026

Tabela 9. Tipos de complicações

COMPLICAÇÃO	CONFECÇÃO DA OSTOMIA	RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO
Infecção de ferida operatória	40 (33,3%)	8 (8,2%)
Infecção da cavidade (abscesso/peritonite)	17 (14,2%)	10 (10,3%)
Deiscência de anastomose	10 (8,3%)	10 (10,3%)
Obstrução intestinal	3 (2,5%)	9 (9,3%)

Hemoperitônio	1 (0,83%)	-
Necessidade de confecção de nova ostomia	0 (0%)	7 (7,2%)

Fonte: autoria própria - 2026

A amostra de 120 pacientes operados ao longo de um período de 10 anos mostrou-se relativamente reduzida, fato que pode ser parcialmente explicado pela pandemia de COVID-19. Nesse período, houve suspensão de diversos procedimentos por cerca de dois anos, além de uma mudança nas prioridades assistenciais no período pós-pandêmico, quando o acúmulo de pacientes com doenças mais graves levou ao adiamento das reconstruções de trânsito em indivíduos portadores de ostomias temporárias.

A análise do perfil demográfico evidenciou predomínio do sexo masculino entre os pacientes ostomizados, além de menor média etária em comparação às mulheres. Esses achados podem ser atribuídos, principalmente, à maior adesão do público feminino às estratégias de prevenção e à busca mais precoce por atendimento médico, bem como ao fato do Hospital de Base do Distrito Federal atuar como centro de referência em trauma. Essa característica contribui para o maior atendimento de homens jovens, principais vítimas de traumas abdominais fechados e penetrantes, frequentemente associados a lesões com necessidade de desvio do trânsito intestinal.

Observou-se elevada frequência de comorbidades, presentes em quase metade dos pacientes, o que possivelmente contribuiu para o alto índice de complicações clínicas e cirúrgicas no pós-operatório, especialmente após a primeira intervenção. Esse cenário é agravado pelo caráter emergencial de muitas cirurgias, realizadas sem a possibilidade de preparo pré-operatório adequado. Além disso, a alta prevalência de neoplasias no grupo estudado representa, por si só, um fator adicional de risco para complicações pós-operatórias. Adicionalmente, ao se analisar o intervalo entre a admissão hospitalar e a realização da cirurgia nos casos de urgência, verificou-se que, em quase metade dos pacientes, esse tempo foi superior a 24 horas, o que pode ter contribuído para a piora do quadro abdominal e das condições clínicas, aumentando tanto o risco de complicações quanto a necessidade de confecção de ostomias.

Quanto às indicações dos desvios do trânsito intestinal, aproximadamente um terço dos pacientes foi submetido a cirurgia eletiva, principalmente para ressecção de neoplasias do reto, nas quais se recomenda, com frequência, a realização de ileostomias em alça como método de proteção de anastomoses colorretais baixas e com maior risco de deiscência. Esse fator pode ter contribuído para menor incidência de complicações cirúrgicas após a reconstrução do trânsito,

uma vez que o fechamento de ostomias em alça tende a ser tecnicamente mais simples quando comparado às ostomias terminais. Ressalta-se que o estudo foi desenvolvido no Serviço de Proctologia do Hospital de Base, o que explica a elevada proporção de ostomias eletivas em procedimentos relacionados ao câncer de reto, doença de Crohn, megacólon chagásico, fístulas reto-vesicais e reto-vaginais associadas à diverticulite ou neoplasias, além dos casos decorrentes de trauma atendidos no hospital.

A segunda principal causa de confecção de ostomias foi o trauma abdominal penetrante, característica marcante do contexto social brasileiro, no qual as lesões de vísceras ocas são mais frequentes. Em contrapartida, o trauma abdominal fechado representou apenas 3,3% dos casos, devido à menor incidência de lesões de órgãos ocos nessa situação. Destaca-se, entretanto, o intervalo prolongado entre a admissão e a intervenção cirúrgica em muitos desses casos, o que pode ter aumentado a necessidade de desvios do trânsito em detrimento de reparos primários das lesões entéricas.

As neoplasias complicadas por perfuração e obstrução, que juntas corresponderam a 12,5% dos casos, sugerem atraso na procura por atendimento médico por parte da população. Essas complicações costumam estar associadas à evolução tardia do carcinoma colorretal, neoplasia de alta prevalência na população ocidental, que poderia ser diagnosticada mais precocemente por meio de programas de rastreamento mais estruturados, com a realização de colonoscopias periódicas em grupos de risco.

Contrariando a expectativa inicial, os casos de diverticulite complicada representaram apenas 5% das indicações de colostomia. Uma possível explicação reside na organização do sistema de saúde do Distrito Federal, que pode ter direcionado a maioria dos casos de abdome agudo inflamatório para outras unidades, mantendo o Hospital de Base como referência prioritária para traumas.

Embora com menor frequência, chama atenção a ocorrência de apendicite aguda complicada que exigiu ressecções colônicas e confecção de ostomias. Apesar de ser uma condição comum, ela pode ser subestimada, levando a atrasos no diagnóstico e no tratamento, o que culmina em procedimentos mais agressivos e maior morbidade.

Os tipos de estomas realizados seguiram um padrão esperado, com predomínio de colostomias terminais nos casos de abdome agudo inflamatório ou obstrutivo, situações nas quais as anastomoses colônicas apresentam alto risco de deiscência, seguidas das ileostomias em alça, geralmente utilizadas como proteção de anastomoses colônicas de maior risco, especialmente após ressecções de reto baixo.

Foi constatada elevada taxa de complicações e mortalidade, embora compatível com os índices descritos na literatura. Observou-se menor frequência de complicações nas cirurgias de reconstrução do trânsito, quando comparadas às cirurgias que originaram as ostomias, possivelmente devido ao caráter eletivo dessas intervenções, que permitem melhor preparo pré-operatório. Entretanto, a incidência de deiscência de anastomoses manteve-se semelhante, e as obstruções intestinais pós-operatórias foram mais frequentes após as reconstruções, o que pode ser explicado pela formação de bridas e aderências em pacientes frequentemente submetidos a múltiplas cirurgias prévias.

Por fim, observou-se um intervalo prolongado entre a confecção da ostomia e o seu fechamento. Mais de dois terços dos pacientes aguardaram mais de um ano para a reconstrução do trânsito intestinal, o que impacta de forma significativa a qualidade de vida desses indivíduos.

CONCLUSÃO

A reconstrução do trânsito intestinal está associada a benefícios significativos na qualidade de vida dos pacientes, sobretudo quando criteriosamente indicada, realizada em momento oportuno e com a técnica cirúrgica mais apropriada. Entretanto, a literatura ainda carece de evidências robustas que permitam a padronização da abordagem técnica ideal, especialmente no contexto brasileiro.

No presente estudo, foram analisados 120 pacientes submetidos à confecção de estomas intestinais e à reconstrução do trânsito intestinal no IGES-DF entre 2013 e 2023. Observou-se predomínio do sexo masculino (62,5%), com média de idade de 55,6 anos nos homens e 61,8 anos nas mulheres, e quase metade dos pacientes portando alguma comorbidade. A principal indicação para confecção de ostomia foi o tratamento cirúrgico eletivo de neoplasias colorretais (33,3%), seguido do traumatismo abdominal penetrante (15,8%), refletindo tanto o perfil oncológico quanto o de trauma do serviço.

A taxa de complicações pós-operatórias foi elevada na confecção das ostomias (60,8%), com mortalidade de 5%. Esse achado é justificado, em grande parte, pelo caráter emergencial de muitas intervenções, nas quais não há tempo hábil para preparo pré-operatório adequado, associado à alta prevalência de neoplasias e comorbidades na amostra. Após a reconstrução do trânsito, a taxa de complicações reduziu-se para 34%, porém a mortalidade foi de 9,8%. Embora aparentemente paradoxal, esse dado reflete o perfil de maior fragilidade clínica dos pacientes que chegam à segunda intervenção: em geral, indivíduos mais idosos, com maior carga de comorbidades e, frequentemente, em seguimento oncológico. As complicações mais frequentes

na reconstrução foram infecção de cavidade, deiscência de anastomose e obstrução intestinal, esta última possivelmente relacionada à formação de bridas em pacientes submetidos a múltiplas cirurgias abdominais prévias.

Merece destaque o prolongado intervalo entre a confecção e o fechamento das ostomias: 68% dos pacientes aguardaram mais de 12 meses pela reconstrução. Esse achado é explicado, em parte, pelo impacto da pandemia de COVID-19, que suspendeu procedimentos eletivos por aproximadamente dois anos e reorganizou as prioridades assistenciais no período pós-pandêmico. Contudo, reflete também limitações estruturais do sistema público de saúde, como a ausência de protocolos sistematizados de seguimento para pacientes ostomizados temporários. O tempo prolongado com estoma impacta negativamente a qualidade de vida, o estado nutricional e o bem-estar psicossocial desses indivíduos, tornando a redução desse intervalo uma meta assistencial prioritária.

Com base nos achados, algumas estratégias mostram-se fundamentais para a melhoria dos índices encontrados. A implementação de programas de rastreamento do câncer colorretal em grupos de risco, por meio de colonoscopias periódicas, poderia reduzir a proporção de apresentações tardias e complicadas, diminuindo a necessidade de ostomias de urgência. A redução do tempo entre admissão e intervenção cirúrgica nos casos de urgência também se mostra relevante, uma vez que, no presente estudo, quase metade dos pacientes aguardou mais de 24 horas para a realização do procedimento, o que pode ter contribuído para a piora do quadro clínico. Adicionalmente, a criação de fluxos assistenciais estruturados para o acompanhamento dos pacientes ostomizados temporários permitiria programar a reconstrução do trânsito de forma mais oportuna, reduzindo o impacto negativo do estoma prolongado sobre a qualidade de vida.

Por fim, os achados deste estudo reforçam a necessidade de investigações multicêntricas no contexto brasileiro, capazes de ampliar a representatividade amostral e permitir análises mais robustas sobre fatores preditivos de complicações, técnicas cirúrgicas e tempo ideal para a reconstrução do trânsito intestinal, os quais são temas ainda pouco explorados na literatura nacional.

REFERÊNCIAS

ADAMINA, M. *et al.* **ECCO guidelines on therapeutics in Crohn's disease: surgical treatment.** Journal of Crohn's and Colitis, Oxford, v. 14, n. 2, p. 155-168, fev. 2020. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjz187. PMID: 31742338.

AMARAL, L. C. G. M.; SAKAE, T. M.; SOUZA, G. B. **Perfil epidemiológico e clínico de pacientes ostomizados e sua relação com índice de comorbidades de Charlson.** Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p. e01022105, 2021.

CHEN, Z.; NAIR, N.; HANIF, U. **Outcomes of laparoscopic versus open Hartmann's reversal: a single-centre experience.** Cureus, Palo Alto, v. 13, n. 8, e17242, 17 ago. 2021. DOI: 10.7759/cureus.17242.

CHRISTOU, N. *et al.* **Identification of risk factors for morbidity and mortality after Hartmann's reversal surgery: a retrospective study from two French centers.** Scientific Reports, Londres, v. 10, n. 1, p. 3643, 27 fev. 2020. DOI: 10.1038/s41598-020-60481-w. PMID: 32107426.

CLEMENTI, M. *et al.* **Colostomy reversal following Hartmann's procedure: the importance of timing in short- and long-term complications: a retrospective multicentric study.** Journal of Clinical Medicine, Basileia, v. 11, n. 15, p. 4388, 28 jul. 2022. DOI: 10.3390/jcm11154388. PMID: 35956003.

HE, F. *et al.* **Fatores de risco pré-operatórios e incidência cumulativa de não fechamento de ileostomia temporária após cirurgia com preservação do esfíncter para câncer retal: uma meta-análise.** World Journal of Surgical Oncology, Londres, v. 22, n. 1, p. 94, 2024. DOI: 10.1186/s12957-024-03363-z.

HORESH, N. *et al.* **Timing of colostomy reversal following Hartmann's procedure for perforated diverticulitis.** Journal of Visceral Surgery, Paris, v. 157, n. 5, p. 395-400, out. 2020. DOI: 10.1016/j.jvisc Surg.2020.01.005. PMID: 31954631. Epub 15 jan. 2020.

HUANG, S. H. *et al.* **Preoperative risk stratification of permanent stoma in patients with non-metastatic mid and low rectal cancer undergoing curative resection and a temporary stoma.** Langenbeck's Archives of Surgery, Berlim, v. 407, n. 5, p. 1991-1999, ago. 2022. DOI: 10.1007/s00423-022-02503-x. PMID: 35435498. Epub 18 abr. 2022.

IESALNIEKS, I. *et al.* **Reversal of end-ileostomy in patients with Crohn's disease.** International Journal of Colorectal Disease, Berlim, v. 36, n. 10, p. 2119-2125, out. 2021. DOI: 10.1007/s00384-020-03823-4. PMID: 33929586.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2022.

PERROT, C., Calini, G., Gori, A., Rottoli, M., Flacco, M. E., Manzoli, L., Garoufalia, Z., Wexner, S. D., Kontovounisios, C., Elhadi, M., *et al.* **Outcomes of intended temporary stomas in Crohn's disease (INTESTINE study): international, multicentre, retrospective study.** BJS open, v.9, n. 3, 2025.

SUN, Z., Cao, L., Chen, Y., Song, T., Guo, Z., Zhu, W., *et al.* **The impact of delayed closure of ileostomy on postoperative complications in patients with Crohn's disease: a case-matched study.** Updates in surgery, v. 76, n. 4, p. 1339–1345, jan. 2024.

VELMAHOS, G. C. *et al.* **Early closure of colostomies in trauma patients: a prospective randomized trial.** Surgery, Maryland Heights, v. 118, n. 5, p. 815-820, nov. 1995. DOI: 10.1016/s0039-6060(05)80270-3. PMID: 7482267.

WERNER, J. M. *et al.* **Timing of closure of a protective loop-ileostomy can be crucial for restoration of a functional digestion.** Frontiers in Surgery, Lausanne, v. 9, p. 821509, 28 mar. 2022. DOI: 10.3389/fsurg.2022.821509. PMID: 35419403.

WHITNEY, S. *et al.* **Hartmann's reversal: factors affecting complications and outcomes.** International Journal of Colorectal Disease, Berlim, v. 35, n. 10, p. 1875-1880, out. 2020. DOI: 10.1007/s00384-020-03653-4. PMID: 32504334. Epub 5 jun. 2020.

YALKIN, Ö. *et al.* **Factors predicting the reversal of Hartmann's procedure.** BioMed Research International, Londres, v. 2022, p. 1-7, 4 jul. 2022. DOI: 10.1155/2022/7831498.