

COLOSTOMIAS

Dr. Mario G. Castejón

Usamos el término de colostomía para referirnos al abocamiento del intestino **grueso** hacia el exterior, practicado quirúrgicamente con miras a derivar parcial o totalmente el tránsito intestinal. Cuando la derivación de este tránsito hacia el exterior se produce en forma espontánea o secundariamente a un traumatismo, hablamos de fistula estercorácea. El segmento de colon abocado al exterior, determina el nombre de la colostomía (cecostomía, transversostomía, etc.) En algunas oportunidades es preferible derivar el tránsito no hacia el exterior, sino hacia otro segmento del intestino. En estos casos hablamos de derivaciones internas (ileotransversostomía, transverso-sigmoidostomía, etc.) Pueden cumplir el mismo objetivo de las colostomías. Algunos autores las llaman también colostomías internas.

Las colostomías pueden ser sólo parcialmente derivantes del tránsito en cuyo caso las denominamos laterales, ya que asientan exclusivamente en la pared del ano, o pueden derivar totalmente el tránsito. Para que ésto ocurra, todo el lumen intestinal debe estar exteriorizado. Estas colostomías se denominan circunferenciales y pueden ser terminales o en asa según se seccione o no toda la pared intestinal.

Las colostomías laterales, tienen fines sólo descompresivos. Las circunferenciales, en cambio, son desfuncionalizantes, ya que excluyen totalmente el segmento colónico distal del tránsito intestinal. Las colostomías terminales pueden ser, a su vez en uno o doblecaño, según se exteriorice sólo el segmento proximal o ambos segmentos intestinales. Cuando sólo se exterioriza el segmento proximal, y el colon distal es **eliminado**¹, aquél queda como colostomía definitiva.

Si sólo se abandona en el interior del abdomen, previo el cierre de su boca, el tránsito podrá posteriormente ser restablecido. Tal es el caso de la operación ideada por Hartman. (Fig. 1).

INDICACIONES DE LAS COLOSTOMÍAS

Las colostomías se efectúan con fines terapéuticos. Pueden ser transitorias o definitivas. Las llamamos transitorias, cuando tienen por objeto derivar el tránsito mientras tratamos una afección distal a ella. Mejorada ésta, la colostomía pierde su objetivo y debe ser cerrada para reconstituir el tránsito. Cualquier colostomía puede ser definitiva cuando la lesión distal a ella, no puede ser extirpada o cuando siendo extirpada no hay posibilidades de restablecer el tránsito.

* Profesor UNAH - Cátedra de Cirugía
Cirujano del Hospital General San Felipe.

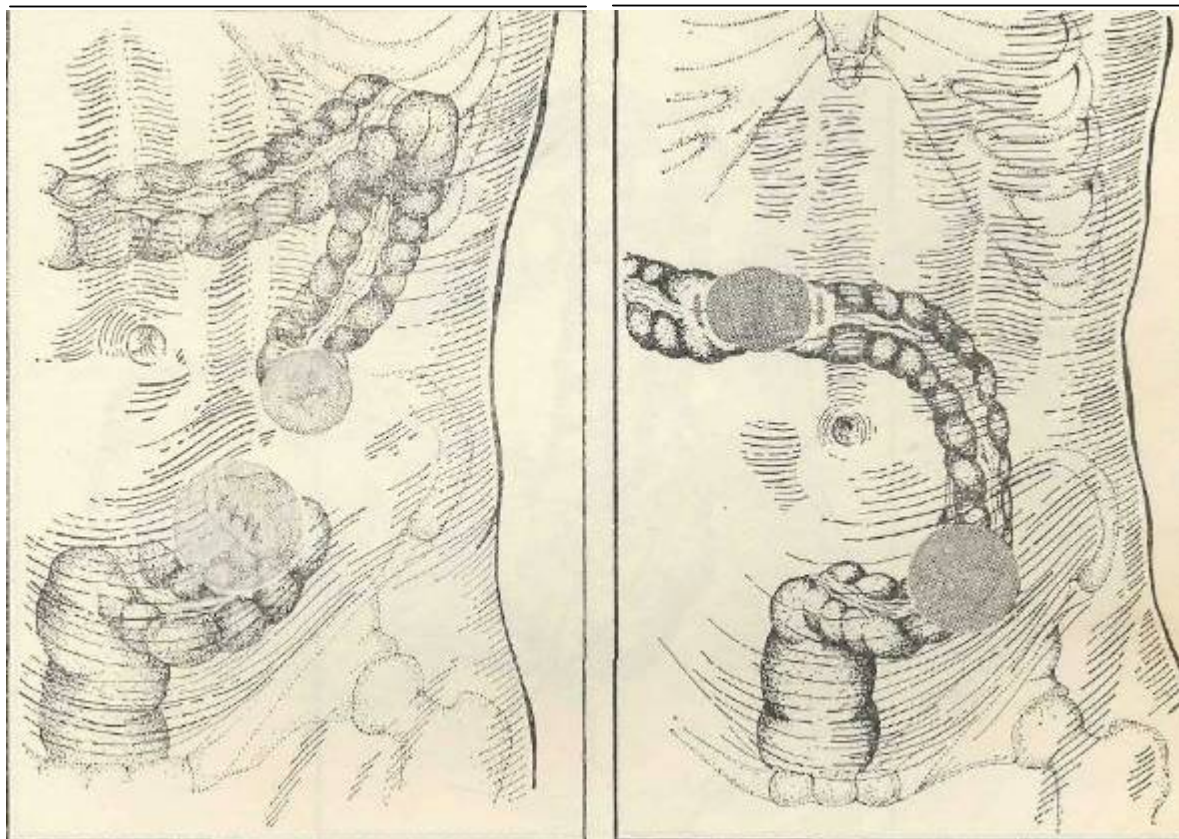


Fig. 1

Fig. 2

Las colostomías descompresivas, como su nombre lo indica, persiguen mediante la eliminación parcial de gases, líquidos y sólidos, descomprimir un colon ya distendido, o prevenir su distensión. Se efectúa de preferencia en el ciego.

Las colostomías desfuncionalizantes, al desviar totalmente el tránsito, permiten al segmento distal afectado quedar en reposo y lograr además, mediante irrigaciones y administración local de antibióticos, su limpieza y desbacterización. (Fig. 2). Proporciona numerosos beneficios; los más importantes son:

- a) Regreso de procesos inflamatorios.
- b) Protección eficaz de suturas.
- c) Evitar infecciones en intervenciones orificiales especiales.
- d) En las lesiones destructivas, soluciona el cuadro de urgencia y permite preparar las condiciones generales y locales del enfermo para una intervención posterior que elimine el factor etiológico.

El tipo de colostomía que elige el cirujano, está determinado por la localización y etiología de la afección que la determina. Señalaremos sumariamente las colostomías más usadas actualmente y las circunstancias que las determinan.

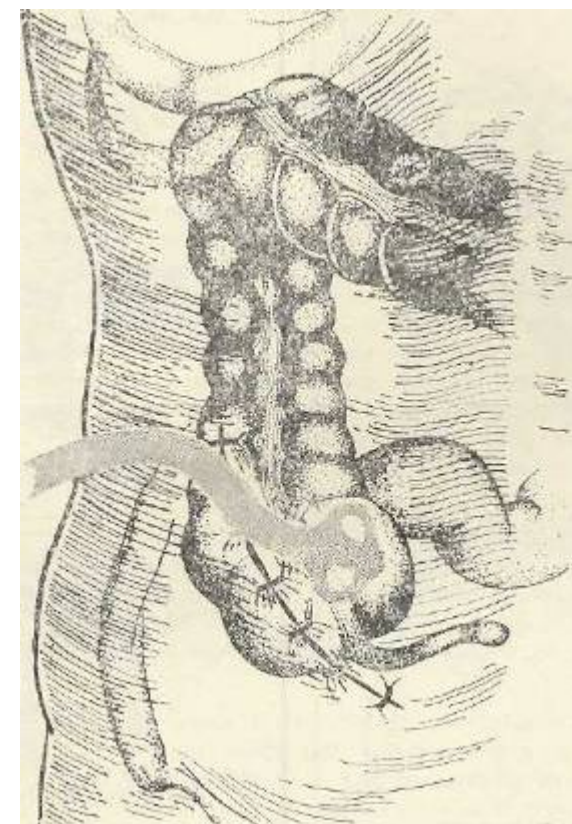


Fig. 3

a) CECOSTOMIA.—Es sólo descompresiva. Su indicación más frecuente es para prevenir la distensión en resecciones distales. Si la anastomosis no ofrece suficiente garantía, preferimos la transversostomía que nos permite desfuncionalizar la zona operada. La efectuamos sin exteriorización de ciego, mediante la introducción de una sonda gruesa en el lumen cecal a través de pequeña incisión practicada en su pared, que se sella con jareta alrededor del tubo (Fig. 3). So fija la pared cecal al peritoneo parietal. La sonda la sacamos por contrabertura. En caso de existir el apéndice, algunos prefieren resercarlo y practicar la cecostomía a través del muñón apendicular. Este tipo de cecostomía tiene la ventaja de cerrarse espontáneamente al retirar la sonda.

La cecostomía preconizada por algunos en las obstrucciones de colon derecho, se usa excepcionalmente. Debe efectuarse en estos casos con exteriorización de la pared cecal. En este tipo de obstrucciones, se prefiere la ileo-transversostomía, ya que permite derivar mejor el tránsito y no dificulta una resección posterior del colon derecho.

Se aconseja también la cecostomía, para proteger suturas efectuadas en desgarros traumáticos importantes del ciego y en los vólvulos cecales simples.

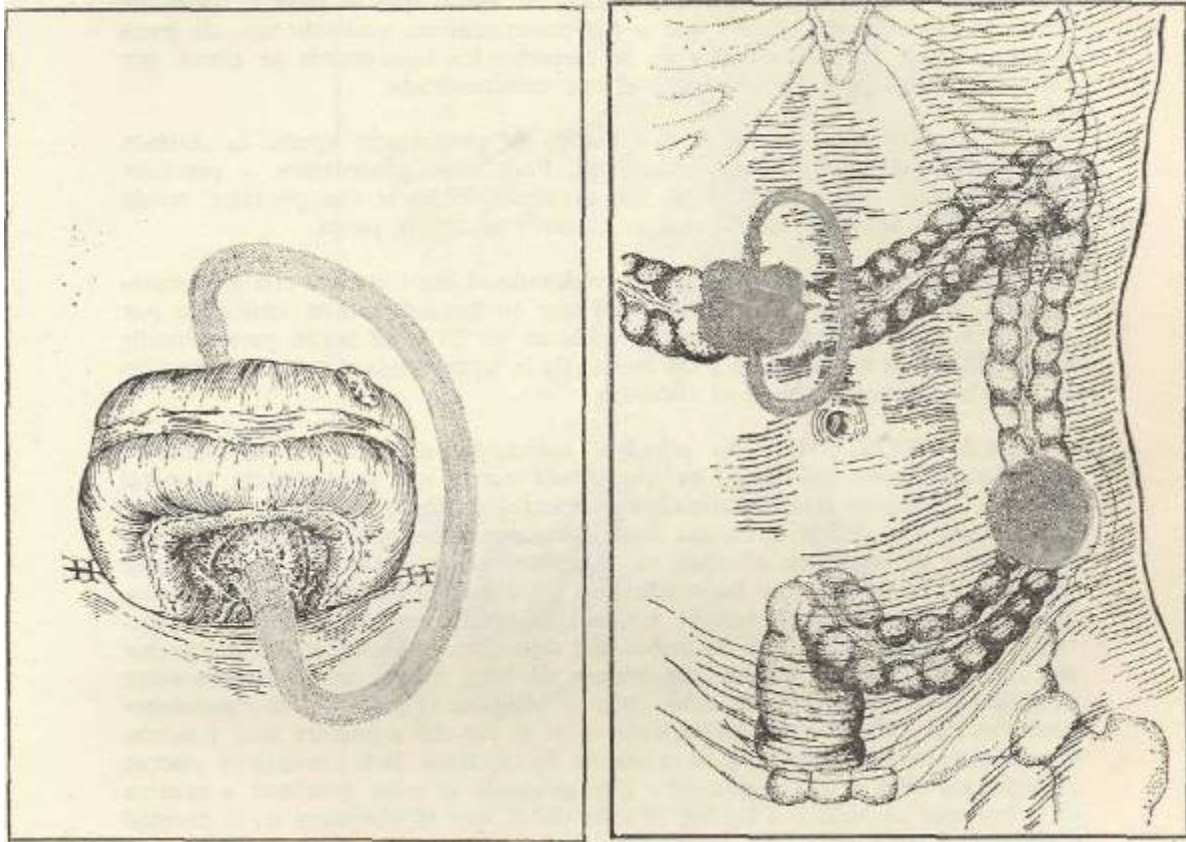


Fig. A

Fig. 5

En este último caso, además de descomprimir el órgano, evita las recidivas, ya que determina la adherencia del ciego a la pared abdominal.

TRANSVERSOSTOMIA DE WANGENSTEEN: (Figs. 4 y 5). Su principal indicación, es la obstrucción aguda del colon izquierdo, siempre que sea posible, dejar en el abdomen el segmento distal afectado causante del cuadro, para tratarlo¹ posteriormente. La otra gran indicación, es la protección de anastomosis en resecciones anteriores y de suturas efectuadas en desgarros traumáticos importantes de segmentos distales. Con menos frecuencia la indicamos como acto previo a intervenciones distales complicadas para prevenir infecciones (reparaciones esfinterianas, fistulas complicadas, etc.) y en procesos inflamatorios de distinta etiología o desgarros rectoperineales graves que requieren desfuncionalización para su mejoría.

Su técnica es simple y debe ser conocida de todo cirujano general. La efectuamos de preferencia por laparotomía transversa propia situada frente al recto anterior derecho del abdomen, en punto equidistante entre ombligo y xifoides. Su longitud será de 6 a 10 cms., según sea el grosor de la pared abdominal. Las fibras musculares del recto se inciden en igual sentido, o simple-

mente se separan. El segmento de colon exteriorizado, se libera del epiplón mayor y se ancla en el exterior mediante vagueta de vidrio que se pasa a través de una zona avascular del meso y que se fija posteriormente mediante tubo de goma introducido en ambos extremos de la baqueta. La laparotomía se cierra por planos, cuidando que no comprima el asa colostomizada.

Si la colostomía se efectúa por cuadro de obstrucción aguda, la abrimos parcialmente al terminar la intervención. Para ello, procedemos a practicar jareta en cuyo centro incidimos, introduciendo hacia el asa proximal sonda rectal gruesa, alrededor de la cual se cierra y anuda la jareta.

Previamente protegemos la herida, rodeando el asa intestinal con gasa envasada. La apertura definitiva, al igual que en las colostomías realizadas por cuadros no agudos, debe efectuarse después de las 24 o 48 horas, para permitir así la adherencia del intestino a los bordes de la laparotomía y evitar la filtración de contenido intestinal hacia el abdomen.

SIGMOIDOSTOMIA: Su principal indicación, está en las amputaciones abdominoperineales del recto, en que queda como ano contranatura terminal definitivo. También estaría indicada en cánceres anales o rectales inextirpables, como colostomía definitiva en asa o en afecciones graves del sigmoidees que impiden dejar el segmento afectado en el abdomen por estar necrosado o muy deteriorado. En este caso, si las condiciones generales del paciente son muy malas, se aconseja sólo a exteriorizar el asa, conjuntamente con la lesión. Para efectuarla es indispensable, que los cabos del sigmoidees que quedan en el interior del abdomen, estén en buenas condiciones. Si estos cabos, son suturados entre sí, hablamos de colostomía en doble caño de Mikulicz (Fig. 6). Si las condiciones generales del enfermo son satisfactorias o si el pie del sigmoidees está también comprometido, debe efectuarse la operación de Hartman. Esta consiste en reseca el segmento intestinal comprometido exteriorizando el cabo proximal a manera de colostomía terminal y a suturar el cabo distal, que se abandona en la cavidad abdominal (operación de Hartman) (Fig. 1).

ILEOSTOMIA: Su indicación fundamental y casi única, la constituye la colitis ulcerosa de curso agudo y grave que no cede a los primeros intentos de tratamiento médico.

Una buena técnica en la ejecución de la ileostomía es fundamental para evitar sus frecuentes complicaciones.

El mejor sitio es a igual distancia entre el ombligo y la espina ilíaca antero superior derecha. En este lugar, queda lejos de la laparotomía, permite colocar en buena forma la prótesis para ileostomía sin que moleste la cresta ilíaca ni el ombligo y no interfiere con los movimientos de la cintura. Las dimensiones de la laparotomía, por la que se exterioriza el íleon, deben permitir la introducción del dedo índice por el lado del íleon para evitar estenosis. Se reseca sólo el mesenterio de la porción exteriorizada para asegurar una buena irrigación. El mesenterio terminal se sutura al peritoneo parietal en una extensión de 10 cms. para evitar el prolapso del íleon y el vólvulo del intestino delgado sobre su eje. No deben colocarse puntos de sutura a la serosa para evitar abscesos o fístulas. La mucosa se evierte y se sutura cuidadosamente a la piel con puntos de catgut crómico fino, cubriendo la serosa para evitar su reacción fibrosa que conduciría a la estenosis.

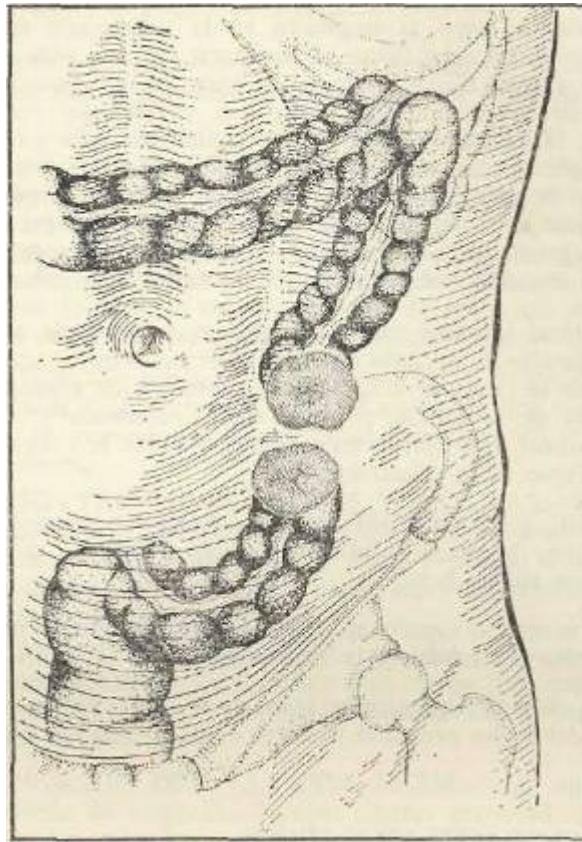


Fig. 6

CONCEPTOS GENERALES EN LA EJECUCIÓN DE LAS COLOSTOMIAS

Los errores de técnica en la ejecución de una colostomía, ocasionan toda suerte de complicaciones, desde la peritonitis generalizada hasta la estrechez del ano.

Efectuar la colostomía en la misma laparotomía por la que se practicó la colectomía o la exploración, expone a evisceración, infección de la herida o a estenosis. Es preferible practicar una laparotomía ad-hoc, alejada de la laparotomía principal.

Debe elegirse un segmento móvil del colon que permita su exteriorización sin necesidad de desprendimiento parietocólico y sin que el meso quede traccionado para evitar trastornos circulatorios con la consiguiente necrosis del asa o ^{©1} desprendimiento de la colostomía.

El asa o cabo deben mantenerse exteriorizadas con baguetas de vidrio al primero y con sutura de puntos totales a la piel en el segundo caso. Deben evitarse los puntos que fijen la pared intestinal a la aponeurosis en el punto de emergencia, porque muchas veces son el punto de partida para la formación

de abscesos parietales y fistulas estercoráceas pericolestómicas. En las colostomías terminales definitivas, como la empleada en la extirpación abdomino-perineal del recto, el colon distal debe fijarse al peritoneo parietal, para cerrar el espacio que queda entre ambos. Cuando esto no se hace, puede producirse la estrangulación de asas de intestino delgado que han pasado por este espacio, o el vólvulo de todo el intestino delgado cuyo mesenterio gira en este caso sobre el colon distal que actúa, como pivote. No es suficiente que esta fijación se haga con puntos de pared intestinal al peritoneo parietal, porque con el tiempo ceden. Es necesario incidir el peritoneo parietal desde el pie del asa móvil, hasta el punto de emergencia de 3a colostomía y suturar los bordes del peritoneo incindido a la pared intestinal, obteniendo en esta forma una adherencia definitiva.

Exteriorizado el intestino, debe ajustarse la laparotomía al asa, suturando sus comisuras por planos, dejando espacio suficiente entre el asa y la pared que permita introducir al cirujano, dos dedos en forma bien ajustada. Un estrechamiento exagerado de la herida, provoca edema, estenosis y aún necrosis del asa. Por el contrario, una herida muy amplia permite la evisceración, la eventración y el prolapso de la colostomía.

CIERRE DE LAS COLOSTOMÍAS.—Antes de proceder al cierre, es conveniente verificar la permeabilidad del colon distal por medio de rectosigmoidoscopia o con enema baritado.

Además es necesario esperar que las condiciones locales permitan la reparación (desaparición del edema y la inflamación).

El paciente debe ser preparado igual que para una resección del colon (dieta, limpieza del colon proximal y distal a la colostomía y esterilización intestinal).

PRINCIPIOS GENERALES APLICABLES AL CIERRE DE COLOSTOMÍAS

- 1.—Buena irrigación de los cabos a unir o de la boca a cerrar.
- 2.—La sutura no debe quedar en tensión. Para ello debe obtenerse una buena liberación del asa.
- 3.—Los bordes a anastomosar, deben ser despojados totalmente de tejido cicatricial para evitar dehiscencia de suturas o estenosis.
- 4.—La sutura debe efectuarse en dos planos, uno total y otro seromuscular. Ambos a puntos separados para evitar estenosis.

Molina-Marín, aconsejan el cierre extraperitoneal en los casos en que no es necesario reseca la colostomía. Se evita así, problemas intraabdominales cuando hay filtración. La colocación de un drenaje, facilita el paso hacia el exterior del contenido intestinal si se produce falla de la sutura. Tiene el inconveniente de dejar fijo el colon a la pared en ese punto.

Si las condiciones locales para el cierre, no son satisfactorias (bordes edematosos, inflamación o exceso de tejido cicatricial), es preferible reseca la colostomía y efectuar anastomosis intraperitoneal.

La no observación de todos los aspectos señalados, puede provocar peritonitis o fistulas estercoráceas.

COMPLICACIONES DE LAS COLOSTOMIAS

Numerosas son las complicaciones que pueden derivar tanto de la ejecución como del cierre de una colostomía. Citaremos las más frecuentes e importantes.

1.—EDEMA.—En toda colostomía se produce un cierto grado de edema que regresa espontáneamente pasadas las 72 horas. Cuando es más intenso y prolongado, puede constituir un problema al dificultar, por obstruir el lumen, la evacuación intestinal. Su etiología está dada por la compresión vascular del mesocolon correspondiente, determinada por acción de la pared abdominal o por elementos artificiales que intervienen en la formación del ano contranatura. Su tratamiento irá, por lo tanto, a ampliar el anillo de salida del asa o a disminuir la tracción de las varillas en las colostomías de tipo Wangensteen.

2.—NECROSIS.—Se produce por trastornos en la irrigación del asa colostomizada. Sus causas más frecuentes son la compresión del meso o la tracción excesiva del asa. Su tratamiento es quirúrgico. Esto será de urgencia si la necrosis llega al peritoneo.

3.—ABSCEOS PERICOLOSTOMICOS Y FÍSTULAS.—Ya mencionamos anteriormente, que el principal punto de partida de estos abscesos y fístulas, lo constituyen los puntos puestos para fijar el asa al peritoneo o aponeurosis de la incisión. Son poco frecuentes. Pueden curar espontáneamente o requerir en ocasiones un tratamiento quirúrgico.

4.—HEMORRAGIAS.—La mayoría se produce por vasos no ligados del borde del asa colostomizada o de su meso. Con menos frecuencia, traumatismos directos pueden ulcerar y hacer sangrar la mucosa. La hemostasia correspondiente, constituirá su tratamiento.

5.—PERFORACIÓN DEL ASA POR ENEMA.—El agente traumático, es la cánula o sonda de irrigación. Reviste diversa gravedad según sea el sitio de la perforación. Su tratamiento, habitualmente, debe ser quirúrgico.

6.—RETRACCIÓN.—Su gravedad es distinta según se desprenda o no el asa retraída, de la pared abdominal. En el primer caso puede determinar una peritonitis localizada o difusa. Su tratamiento es quirúrgico. Su etiología más frecuente está dada por las asas dejadas a tracción. La distensión abdominal postoperatoria contribuye a su producción.

7.—PROLAPSO.—Es la protrusión o salida de las paredes del asa colostomizada a través de la boca de la colostomía, sin que esta se desprenda de la pared abdominal. Si ocurre esto último, habíamos de evisceración. Es una complicación relativamente frecuente. Se produce en parte por defectos de técnica en la ejecución de la colostomía (asa demasiado larga, defectos de la pared abdominal, como sucede en las colostomías exteriorizadas por la herida operatoria) y por factores coadyuvantes, como aumentos de la presión intraabdominal (tos, vómito). Las prótesis demasiado ajustadas, al presionar anularmente la pared alrededor del asa, contribuyen también a su producción. El tratamiento inmediato es su reducción. Si se hace recidivante y la colostomía es definitiva, debe tratarse quirúrgicamente.

8.—EIVISCERACIÓN.—Es la salida fuera de la cavidad abdominal del asa colostomizada y otras vísceras. Ocurre cuando existe desprendimiento entre el asa de colostomía y la pared abdominal. Los esfuerzos violentos en recién operados, determina esta temida complicación. Un orificio abdominal de colostomía demasiado amplio, contribuye a su producción. Su tratamiento también es quirúrgico.

9.—EVENTRACION.—Se produce por relajación de los planos músculo-aponeuróticos pericolestómicos, permitiendo la herniación del peritoneo alrededor de la colostomía. Al permanecer fija el asa a la piel, ésta protruye alrededor de la colostomía. Habitualmente no crea problemas, siendo rara vez necesaria la intervención quirúrgica.

10.—DIARREA Y DERMITIS.—Se producen de preferencia en las colostomías proximales, en que el contenido intestinal es más acuoso, determinando ambas complicaciones. Con el transcurso del tiempo, la piel se hace resistente y el intestino se adapta aumentando su capacidad de absorción hídrica. Mientras esto ocurre, deben tomarse las medidas correspondientes en cuanto a régimen alimenticio y protección de la piel pericolestómica para paliar sus efectos. Son las llamadas colostomías húmedas, de más difícil manejo y que debe evitarse efectuarlas, como definitivas. En algunas oportunidades la pérdida de agua y electrolitos, pueden ser de consideración y obligar a su pronta reposición.

En cuanto a las complicaciones derivadas del cierre de las colostomías, las más importantes se refieren a la estenosis por estrechez de la boca anastomótica y a la dehiscencia de sutura. Esta última podrá determinar fístula estercorácea o una peritonitis difusa o localizada. Estas dos últimas complicaciones se evitan con el cierre extraperitoneal. Las fistulas estercoráceas habitualmente no revisten gravedad y tienden al cierre espontáneo. Otras dos complicaciones derivadas del cierre, se refieren a la infección de la herida que es frecuente, pero que no reviste gravedad y la hernia incisional secundaria, que aunque poco frecuente, puede en algunas oportunidades, requerir de una reparación quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—BARBAS, A. P.: Perforated diverticulitis. *Brit. Med. J.* 3: 767, 1970.
- 2.—GROSS, G. F. et al: Perforation of the colon from barium enema. *Am. Surg.* 38: 583, 1972.
- 3.—HOLM-NIELSEN et al: Transversostomy versus cecostomy in the relief of colon obstruction. *Acta Chir. Scand.* 433: 183-7, 1973.
- 4.—MIDDLETON, C. J. et al: Exteriorization of repaired missile wounds of the colon. *J. Trauma.* 13: 460-2, 1973.
- 5.—MEL KONIAN, C. E.: Problemas proctológicos de urgencia. *Arch. A. P. Hosp. Barrosluco*, 132: 1958.
- 6.—MELLO, W. G.: Emergencias en Proctología. *Rev. Brasil. Gastroent.* 197, 1963.
- 7.—NESSEL, ROD T.: PEERMAN: Proctología Clínica. *Clínicas Quirúrgicas. N. A. Ag.* 1972.
- 8.—OKAS, J. E.: Exteriorized primary repair of colon injuries. *Am. J. Surg.* 124: 807, 1972.