

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

“COLOSTOMIAS EN ADULTOS:”

(Análisis retrospectivo durante el período comprendido
del 1o. de enero de 1965 al 31 de mayo de 1979, efectuadas
en el Hospital General “San Juan de Dios”)



Í N D I C E

	Pág.
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	3
III. REVISION DE ANTECEDENTES	5
IV. JUSTIFICACIONES	7
V. ALCANCES Y LIMITES	7
VI. MATERIAL Y METODO	7
VII. CONSIDERACIONES GENERALES	9
VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS	15
IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	23
X. CONCLUSIONES	37
XI. RECOMENDACIONES	39
XII. BIBLIOGRAFIA	41

I. INTRODUCCION

El presente trabajo "Colostomías en Adultos" (durante el período del 10. de enero de 1965 al 31 de mayo de 1979), efectuadas en el Hospital General "San Juan de Dios de Guatemala", fué proyectado con la inquietud de conocer datos acerca de tal procedimiento quirúrgico, relacionando sus indicaciones, distribución por sexo y edad, métodos empleados y otras variables más. Teniendo en consideración que no se ha efectuado un trabajo similar. Y también que es de vital importancia la existencia de datos bioestadísticos que revelen la situación real en nuestro medio, de tales procedimientos, y que no solo nos conformemos con la lectura y revisión de datos obtenidos en publicaciones de procedencia extranjera.

II. OBJETIVOS:

Generales:

Obtener datos bioestadísticos utilizables en nuestro medio y aplicables al mismo.

Promover indirectamente la investigación médica en nuestro país y en la especialidad de Cirugía.

Específicos:

Familiarizar al médico con los conocimientos actuales sobre colostomías.

Identificar las indicaciones quirúrgicas de la Colostomía.

Conocer distribución etaria y por sexo.

Conocer el manejo inicial de la colostomía, lo cual incluye tipo, preparación, manejo, localización.

Conocer su duración.

Conocer su seguimiento y manejo ulterior incluyendo para esto complicaciones de la colostomía, cierre, tipo de cierre, y complicaciones del mismo.

Finalmente dictar las recomendaciones adecuadas con el objeto de mejorar el manejo de tal procedimiento.

III. REVISION DE ANTECEDENTES

Efectuada la revisión sobre la investigación en cuestión, únicamente encontré una Tesis publicada en el año 1960 Titulada Consideraciones sobre Colostomías, Colotomías y Colposcopías, del Autor Guillermo Azurdia Ramos.

En la cual se efectúa una investigación de tipo bibliográfico sobre tales temas, sin inclusión de datos estadísticos.

IV JUSTIFICACIONES

Existe más de una justificación para efectuar la presente investigación, pero me reduzco a presentar una de las principales:

- Tener datos Bioestadísticos sobre el Tema Colostomías con datos extraídos de la experiencia Hospitalaria en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, aplicable en nuestro medio y al alcance de estudiantes y profesionales en nuestro país.

V. ALCANCES Y LIMITES

La investigación actual se efectuará mediante el análisis Retrospectivo de los casos de Colostomías efectuadas en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, durante el período de tiempo del 10. de enero de 1965 al 31 de mayo de 1979, efectuadas en Cirugía de Adultos, sin discriminación de sexo,

VI. MATERIAL Y METODO:

MATERIAL

- Libros de Sala de Operaciones desde el año 1965 a el año de 1979. del Hosp. General San Juan de Dios.
- Registros Médicos del Hospital General San Juan de Dios.
- Bibliografía concerniente al problema.
- Elementos de oficina necesarios.

Elemento Humano:

Colaboración del personal de Sala de Operaciones

Colaboración del Personal del Archivo de Registros Médicos del Hospital General.

Mi Persona.

Asesoría del Dr. Martín Ordóñez Lorenzana.

Revisión del Dr. Rolando Noriega González.

METODO:

El método empleado es el Análisis Retrospectivo de los datos obtenidos sobre Colostomías efectuadas en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, en el período comprendido del 1-1-1965 al 31-5-1979.

Revisión Bibliográfica relativa al presente tema de estudio.

VII. CONSIDERACIONES GENERALES:

1. DEFINICION:

El Término Colostomía, proviene de las raíces Colon: Intestino Grueso Stoma: Boca, y consiste en una abertura artificial del colon hacia el medio externo. Y quirúrgicamente se refiere a la operación preconcebida que permite establecer una comunicación entre la luz del colon y la piel. Cabe aclarar que de este punto de vista otra abertura, natural, patológica, o traumática (heridas por arma de fuego, arma blanca, diverticulitis, etc.), se debe definir como Fístula Fecal. (3-18).

2. HISTORIA:

El primer caso, aunque traumático aparece descrito en la Biblia, en el Libro de Los Jueces, donde Ehud, apuñaló a Eglón Rey de Moab... y la suciedad se la salía y murió. (3-5).

Coelius Aurelianus, refiere que Praxágoras, 400 años A.C. recomendaba que para curar la obstrucción intestinal, se hacía una abertura en la pared abdominal y el intestino se abría, extrayendo su contenido. (5)

En 1710 la operación fué usada por M. Littré, quien tuvo la idea de ejecutarla en un niño que presentaba una malformación ano-rectal. Abrió el abdomen, llevó el intestino grueso hacia la pared del abdomen dejándolo abierto para que tomara la función de ano, posteriormente esta operación se llamó "Operación de Littré" o Colostomía Ilíaca Izquierda. (3).

Se sucedieron experiencias, sin éxito, en 1784 Margareth Wrigth presentó una hernia umbilical con colon implicado y obstrucción, por lo cual Sheldon practicó resección del colon necrótico y colostomía umbilical. (5)

La primera colostomía verdaderamente exitosa fué en el año de 1793, cuando Duret efectuó una colostomía ilíaca izquierda por ano imperforado, viviendo el paciente después de la operación hasta la edad de 43 años. (3-5).

Amusat en 1784 introdujo la Colostomía Lumbar Extraperitoneal, la cual tenía la ventaja de no abrir la cavidad peritoneal, pero tenía las desventajas de ser un procedimiento ciego y el stoma en el flanco era difícil de manejar y tenía mucha tendencia a estenosarse.

En 1815 Freer en Inglaterra ejecutó la primera Colostomía del colon transverso. (3)

En 1881 Schitzinger practica colostomías con sección del asa colónica y cierre del cabo distal que queda abandonado dentro de la cavidad abdominal, y el proximal fijo a la piel. Senn adopta esta técnica en los EE. UU.

En 1884 Polloson recomienda las colostomías derivativas temporales. (3)

Hallengan en 1887 recomienda extraer el asa y fijar cortando la superficie antimesentérica y colocando un tubo en el asa para la colostomía temporal. (5)

En 1892 Horsley colocaba una varilla de vidrio a través del mesenterio sin ninguna sutura. En ese mismo año Bloch de Noruega sugirió la resección del Ca. sigmoideo exteriorizando el asa y sacándolo fuera del abdomen con un tubo en el asa proximal.

En 1895 F. T. Paul describió un tubo de vidrio que permitiría al Cirujano abrir inmediatamente el intestino cuando fuera necesario.

En 1903 Mikulics propone la colostomía en doble barra con sección del asa exteriorizada.

Miles en 1908 populariza la intervención al usarla combinada con la resección Abdominoperineal. (3-5-18)

Dupuytren en 1928 tomando la idea de un fórceps cruzado creó el enterotomo, esto sirvió para cruzar el intestino sin peligro de abertura, en años recientes ese clamp es conocido como de Mikulics. (3-9).

En 1938 Devine publica una transversotomía con cabos seccionados y separados (en doble cañón). (3-5-18-20)

FUNCION DE LA COLOSTOMIA

1. Substituir el ano como una abertura distal del tubo digestivo.
2. Desviar las materias fecales de algún fenómeno patológico más alejado (por ej: perforación del colon).
3. Lograr descompresión en caso de obstrucción. (18.24)

INDICACIONES DE COLOSTOMIA

No existe un autor que clasifique las indicaciones, fáciles de exponer, por lo cual, y para fines de facilitar el presente trabajo los resumimos y agrupamos atendiendo a sus causas patológicas. (3-7-18-25).

1. Enfermedades Congénitas:

- * Obstrucción congénita del intestino grueso (estenosis, atresias)
- * Ano imperforado
- * Megacolon Aganglionico

2. Enfermedades Traumáticas

- * *Heridas colónicas por arma de fuego*
- * *Heridas colónicas por arma blanca*
- * *Síndrome de compresión*
- * *Cuerpos extraños en recto con daño tisular severo*

3. Enfermedades Neoplásicas:

- * *Ca. del Recto Sigmoide*
- * *Ca. del Recto*
- * *Ca. del Sigmoide*
- * *Ca. del Colon descendente*

4. Enfermedades Inflamatorias del Colon

- * *Colitis Ulcerativa*
- * *Abscesos del Colon y Recto*
- * *Divertículos Colónicos*
- * *Linfogranuloma Venéreo*
- * *Colitis Aguda Necrotizante*
- * *Tuberculosis Recto-sigmoidea*
- * *Colitis Granulomatosa*

5. Enfermedades Mecánicas del Colon

- * *Volvulus del Sigmoide*
- * *Prolapso Rectal severo*

6. Lesiones iatrogénicas del Colon

- * *Mala técnica quirúrgica*

7. Enfermedades Ginecológicas

- * *Ca. del cervix y Proctitis*
- * *Fistula Recto-vaginal*
- * *Absceso Tubárico con fistula sigmoidea*

8. Miscelánea:

- * *Ca. de Próstata y proctitis*
- * *Ulcera Trófica del Glúteo*
- * *Obstrucción del Colon por masa extrínseca*

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS:

A continuación presento la casuística encontrada en la presente investigación sobre colostomías efectuadas en el Hospital General San Juan de Dios, en el período comprendido de el 10. de enero de 1965 al 31 de mayo de 1979.

CUADRO No. 1

CUADRO No. 1

SEXO	No.	o/o
Femenino	47	50.5o/o
Masculino	46	49.5o/o

CUADRO No. 2

EDAD

Intervalo	No.	o/o
12 - 20	9	9.7o/o
21 - 40	43	46.2o/o
41 - 60	30	32.3o/o
61 - 80	11	11.8o/o

CUADRO No. 3

INDICACIONES	No.	o/o
Enfermedades neoplásicas del Colon		
<i>Ca. del Recto-Sigmode</i>	6	6.5o/o
<i>Ca. del Recto</i>	16	17.2o/o
<i>Ca. del Colon Descendente</i>	4	4.4o/o
Enfermedades Inflamatorias del Colon		
<i>Diverticulitis del Colon</i>	3	3.3o/o
<i>Colitis Aguda Necrotizante</i>	1	1.1o/o
<i>Tuberculosis Recto-sigmoidea</i>	2	2.2o/o
<i>Colitis Granulomatosa</i>	1	1.1o/o
Enfermedades Mecánicas del Colon		
<i>Volvulos del Sigmoide</i>	1	1.1o/o
<i>Propapso Rectal Severo</i>	1	1.1o/o
Enfermedades Traumáticas del Colon		
<i>Herida del colon por proyectil de arma de fuego</i>	23	24.7o/o
<i>Herida del colon por arma blanca</i>	3	3.3o/o
<i>Trauma cerrado de Abdomen</i>	1	1.1o/o
<i>Estallamiento perineal por accidente vial</i>	1	1.1o/o
<i>Herida por cuerpo extraño en recto</i>	2	2.2o/o
Enfermedades Ginecológicas		
<i>Ca. de Cervix y Proctitis</i>	16	17.2o/o
<i>Fistula Recto-vaginal</i>	5	5.5o/o
<i>Absceso Tubárico + fistula Sigmoidea</i>	1	1.1o/o
Lesiones Iatrogénicas del Colon		
<i>perforación del colon iatrogénica</i>	2	2.2o/o
Miscelánea		
<i>Ca. de próstata y proctitis</i>	1	1.1o/o
<i>Ulcera Trófica de Glúteo</i>	2	2.2o/o
<i>Obstrucción de colon por masa extrinseca</i>	1	1.1o/o

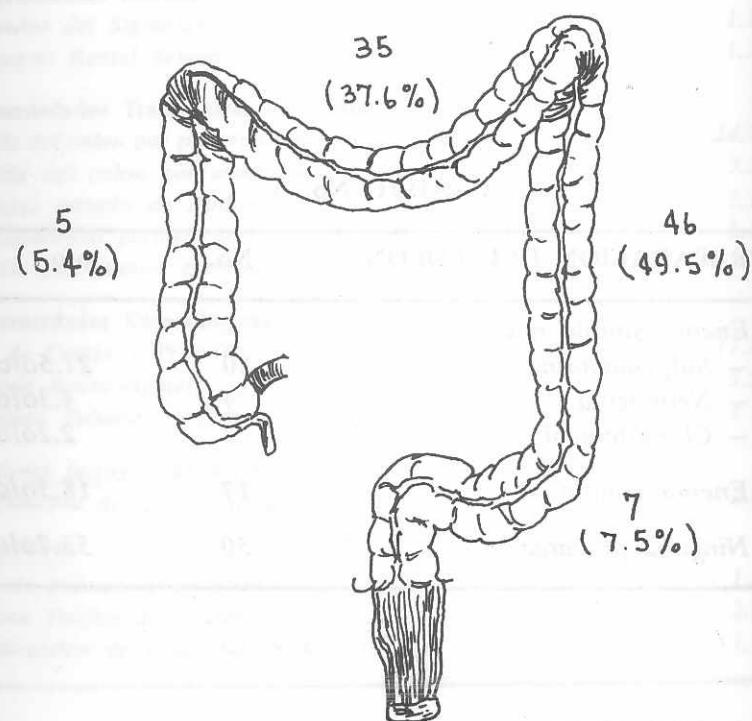
CUADRO No. 4

TIPO DE COLOSTOMIA	No.	o/o
<i>EN ASA</i>	74	79.6o/o
<i>TERMINAL</i>	19	20.4o/o

CUADRO No. 5

PREPARACION DEL COLON	No.	o/o
<i>Enema Simple más</i>		
- <i>Sulfaguanidina</i>	20	21.5o/o
- <i>Neomicina</i>	4	4.3o/o
- <i>Cloranfenicol</i>	2	2.2o/o
<i>Enema Simple</i>	17	18.3o/o
<i>Ninguna preparación</i>	50	53.7o/o

DIBUJO N° 1
LOCALIZACION DE LA COLOSTOMIA



CUADRO N° 6

MANEJO DE LA COLOSTOMIA	No.	o/o
Colostomía Madurada	17	18.3o/o
Colostomía no Madurada	76	81.7o/o

CUADRO N° 7

COMPLICACIONES DE LA COLOSTOMIA	No.	o/o
Prolapso	7	7.5o/o
Retracción	1	1.1o/o
Dehiscencia	4	4.3o/o
Peritonitis	1	1.1o/o

CUADRO N° 8

DURACION DE LA COLOSTOMIA

Intervalo	No.	o/o
4 - 7 Sem.	17	18.3o/o
8 - 11 "	9	9.7o/o
12 - 24 "	21	22.5o/o
+ de 24 "	46	49.5o/o

CUADRO No. 9

C I E R R E	No.	o/o
Resección Completa y anastomosis		
Termino-Terminal	13	27.1o/o
Resección Parcial y anastomosis		
Parcial	35	72.9o/o
Herida abierta	12	25.0o/o
Herida cerrada	36	75.0o/o

CUADRO No. 10

TIPO DE CIERRE	No.	o/o
Intrapерitoneal	48	100o/o
Extraperitoneal	00	000o/o

CUADRO No. 11

COMPLICACIONES DEL CIERRE	No.	o/o
Deshiscencia + Peritonitis	2	4.2o/o
Hemoperitoneo + Peritonitis	1	2.2o/o
Infección de Herida	4	8.4o/o
Pérdida de piel excesiva	1	2.2o/o

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1:

DISTRIBUCION POR SEXO

Observamos que en nuestra casuística no hay predominio por ninguno de los sexos en particular. Así tenemos que el sexo femenino corresponde el 50.5o/o de los casos estudiados y al masculino el porcentaje restante.

Thomson J.P. y col., presentan un estudio con colostomías transversas en la cual tuvieron 139 casos de los cuales 86 fueron masculinos y 53 femeninos. Otro reporte efectuado por Knox et al en G.B. informa que de 179 pacientes 94 correspondieron al sexo femenino y 53 al masculino. Otros reportes no muestran en la revisión datos que indiquen un patrón establecido ni una predominancia de ninguno de los grupos analizados. (2-7-10-13-21).

Parece ser que la patología del intestino grueso que es indicación de colostomía es compartida por uno y otro sexo sin lograr atribuir una definitiva preponderancia a ninguno de los grupos.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION ETARIA

Tomando en consideración que en el grupo por nosotros estudiado, se excluyó deliberadamente al grupo pediátrico. Nosotros observamos que el intervalo de edad que agrupa a la mayor cantidad de casos es el de 21 a 40 años, seguido del de 41 a 60 años, con un 46.2o/o y 32.3o/o respectivamente, con una frecuencia menor en los dos extremos de la vida. Esto nos hace pensar que en nuestro medio es en la fase de 21 a 60 años

en la cual se presenta con mayor frecuencia las noxas que hacen obligatoria una colostomía. (5-18).

CUADRO No. 3

INDICACIONES DE COLOSTOMIA

Las condiciones que provocan una indicación de colostomía en nuestro medio se agrupan en una serie, en la cual observamos que tienen preponderancia definitiva las siguientes:

- Heridas por Proyectil de Arma de Fuego 24.70/o.
- Reflejo claro del aumento de la violencia mediada por diversos factores y circunstancias en que vive inmerso nuestro país, así como por el empleo de armas cada vez más mortíferas y causantes de daño tisular severo, que hacen imposible o altamente peligroso efectuar cierres primarios de tales heridas.
- Ocupa el segundo lugar en importancia las enfermedades neoplásicas de Recto con un porcentaje de 17.20/o al igual que Ca., de Cervix y proctitis. Lo cual corrobora el hecho de que los problemas neoplásicos son un punto importante a estudiar respecto a enfermedad colónica. El resto es distribuido en menores porcentajes en una variedad de entidades clínicas. (3-18).

CUADRO No. 4

TIPO DE COLOSTOMIA

Los tipos que constituyeron la totalidad fueron únicamente dos primero en Asa, a la cual correspondió la mayoría de casos (79.60/o) y terminal en un 20.40/o.

A continuación presentamos y discutimos los tipos de colostomía empleados y otros de interés.

COLOSTOMIA EN ASA:

Los términos colostomía en asa, colostomía con exteriorización, colostomía con resección y colostomía de Mikulics son prácticamente sinónimos, y se refieren a la colostomía efectuada llevando una asa de colon a través de la pared abdominal, haciendo pasar las porciones proximal y distal del intestino grueso por la misma incisión de la piel. Es rápida y muy útil cuando se desea descompresión de un colon obstruido, junto con exteriorización de la zona enferma. Es versátil y se puede llevar a cabo prácticamente en cualquier segmento del intestino grueso. La técnica es luego de efectuar la incisión por planos en el área elegida, llevar la porción a exteriorizar del intestino grueso a la herida. Se remueve el mesenterio en un corto segmento y se inserta una varilla de vidrio a través del mesocolon del intestino, es necesario asegurarse que la abertura abdominal sea de tamaño adecuado. Suele ser posible introducir un dedo entre la pared abdominal y el colon.

Cada extremo del tubo de vidrio se cubre con un segmento de tubo de hule o caucho, previniendo con esto que el asa se reintroduzca a la cavidad abdominal, la herida se cierra, y se coloca una gasa debajo de la varilla de vidrio.

Cuando no hay oclusión completa, y solo es ligera, de tal forma que no es necesario aliviar de inmediato una porción distendida del intestino, no es necesario abrirlo antes de 24 ó 48 horas. Si está indicado hacerlo al momento, se introduce una sonda en el extremo proximal y se asegura con una sutura en bolsa de tabaco, con ello se descomprime el intestino y se evita la contaminación. 2 ó 3 días después de la colostomía, se quita la sonda y se ensancha la abertura transversalmente, con lo que se logra una derivación fecal bastante eficaz, aunque una pequeña cantidad de material fecal puede pasar el segmento distal. Por lo

cual en caso de necesitarse una derivación más completa o total, se corta en su totalidad los dos muñones de colon más adelante, o bien se podría efectuar el procedimiento de ligadura del asa distal recomendada por Vysal T. (1-3-5-9-11-12-18-23).

COLOSTOMIA TERMINAL

Este tipo de colostomía usualmente es efectuada en el lado izquierdo bajo abdominal (FII) y ocasionalmente en la línea media, trayendo el colon descendente o el colon sigmoide para que funcione como un ano artificial.

La resección más común para este tipo de colostomía es la OPERACION DE MILES o RESECCION ABDOMINO-PERINEAL, que consiste básicamente en:

- Exirpar todo el colon pélvico, con excepción de la zona que corresponde a la colostomía, porque su circulación pertenece a la zona de propagación hacia arriba.
- Se extirpará todo el mesocolon pélvico por debajo del cruce con la ilíaca primitiva, junto con una banda de peritoneo de por lo menos 2.5 cm., de ancho a cada lado de ella.
- Siempre se deben extirpar los ganglios linfáticos situados sobre la bifurcación de la iliaca primitiva.
- Por último ampliar lo más posible la disección perineal de tal manera que las zonas de diseminación lateral e inferior puedan ser correctamente extirpadas.

Esta es una colostomía permanente. (3-16-18)

COLOSTOMIA EN DOBLE CANON (DEVINE)

Esta es una colostomía que puede ser empleada al igual que la colostomía en asa casi en cualquier porción del intestino grueso. Con la idea de que sea temporal. Logra derivar completamente el flujo de heces de la lesión distal.

Ambas porciones del intestino se exteriorizan a través de incisiones separadas en la piel. El orificio proximal es una colostomía terminal, y el orificio distal es una fístula mucosa.

Sin embargo este tipo de colostomía tiene la desventaja de ser su reparación más difícil. (3-18).

COLOSTOMIA DE HARTMANN

Este tipo de colostomía consiste en una colostomía terminal con extirpación de la lesión del colon y con sutura y abandono del segmento distal dentro de la cavidad abdominal. Se emplea a veces como una fase inicial de la Resección Abdomino-perineal. Tiene la ventaja por si sola de eliminar la lesión, pero su restauración es muy dificultosa. (9-18).

COLOSTOMIA PERINEAL

Este tipo de colostomía que otrora fuera muy utilizado, ha caído actualmente casi en el completo abandono a causa de su difícil manejo, control, e incomodidad. Tal como fué demostrado por Hiatt N et al en un estudio experimental en perros, en quienes efectuó una construcción de un diafragma a base de los músculos elevadores del recto, y colocación de marcapasos para regular el ritmo de defecación, sin obtener resultados muy satisfactorios.

Esta colostomía consiste en exteriorizar la porción terminal de el colon a través del perineo. Y únicamente es adecuada

cuando la anatomía y función del esfínter anal es conservada.

Después del análisis de cada uno de estos tipos de colostomía nosotros ahora comprendemos el porqué la colostomía en asa fué la más empleada (origina una derivación temporal adecuada), además que las causas más frecuentes de colostomía fueron procesos curables del intestino grueso. (3-10-18)

CUADRO No. 5

PREPARACION DEL COLON

En el grupo estudiado un 53% no recibió preparación preoperatoria del colon, cosa aceptable si tenemos en consideración que un número considerable de colostomías fueron efectuadas como Cirugía de Urgencia.

Del total de pacientes observamos que 25.8% fueron preparados mediante dieta, enemas y administración por vía oral de antibióticos no absorbibles.

18.3% recibieron exclusivamente preparación mecánica.

El consenso actual es que en toda intervención quirúrgica electiva sobre el colon el paciente debe ser tratado mediante preparación mecánica y antisepsia intestinal. Puesto que esto reduce en un buen número las complicaciones que se presentan en el Post-Operatorio de un paciente colostomizado (Infección, peritonitis). Tal como las series presentadas por De Cohn Jr., evidencian, respecto a los porcentajes de complicaciones secundarias a infección de herida operatoria, peritonitis, escape y fistula, que fueron observados en pacientes preparados y no preparados en distintos hospitales de Estados Unidos, y en los cuales demuestra la incidencia mayor de complicaciones en pacientes no preparados.

Ahora bien, también hay que tomar en consideración y no

olvidar los posibles peligros de la antisepsia intestinal. Y que la selección del antibiótico debe de basarse en los siguientes criterios:

- a) Acción bactericida rápida, con mínima tendencia al crecimiento excesivo de microorganismos patógenos.
- b) Toxicidad baja y absorción intestinal limitada o nula.

El tiempo de preparación del intestino merece especial atención, pues aunque la antisepsia intestinal se logra en 24 horas este lapso de tiempo no es adecuado para la preparación mecánica. Y se necesitan 72 horas para terminarla. Prolongar más de eso el tiempo de preparación es contraproducente. (2-3-5-7-9-13-18-24).

A continuación se describe un **ESQUEMA DE PREPARACION INTESTINAL (9)**

* TERCER DIA PRE-OP

- Dieta: Blanda, pobre en residuo (TID)
- Laxante: Aceite de castor 45 cc PO AM.
- Antibiótico: Sulfatalidina 1.5 gr. PO C/4-6hrs.

* 2o. DIA PRE-OP.

- Dieta: Líquida.
- Laxante: Aceite de Castor 45cc PO AM.
- Enema Simple Evacuador PM (18:00 hrs.)
- Antibiótico: Sulfatalidina 1.5 gr. PO c/4-6hrs.

* 1o. DIA PRE-OP.

Dieta: Solo líquidos claros.

Antibiotico: Sulfatalidina 1.5 gr. PO c/4-6 hrs.

Neomicina 1gr c/hr durante 4 hrs. luego 1gr.
c/4hrs.

Enema evacuador en AM y PM (10:00 y 18:00 hrs.)

* OPERACION

DIBUJO No. 1

LOCALIZACION DE LA COLOSTOMIA

En el trabajo presente nosotros encontramos una distribución anatómica de la colostomía así:

Colon ascendente (incluyendo ángulo hepático)	5.40/o
Colon transverso (incluyendo ángulo esplénico)	37.60/o
Colon descendente	49.50/o
Colon Sigmoide	7.50/o

Lo cual es lógico de pensar, por cuanto este procedimiento tuvo sus indicaciones en mayor frecuencia, por problemas que necesitaban básicamente la derivación del flujo fecal, seguido por los problemas que necesitaban cirugía más radical.

Muchos de los reportes recomiendan además, el empleo de una colostomía en asa transversa, como de elección para las colostomías temprales por ser su manejo y reparación más fáciles. Y tal como en esta estadística, los lugares también de uso frecuente para tal tipo de cirugía temporal y permanente principalmente, es de elección trabajar la colostomía en colon descendente y sigmoide. (5-8-9-11-12-18).

CUADRO No. 6

MANEJO DE LA COLOSTOMIA

Se observó que las colostomías fueron maduradas sólo en un 18.0/o en tanto que las no maduradas llenan el 81.70/o. Tal situación surge del hecho de que cada caso debe de ser individualizado para decidir o no madurar una colostomía. En nuestra casuística observemos que la mayoría de colostomías efectuadas fueran temporales, por lo cual lógico es pensar que el procedimiento madurativo no se empleara con tanta frecuencia.

Madurar una colostomía significa simplemente el hecho de fijar los planos del colon exteriorizado (mucosa, muscular, serosa) a la pared abdominal mediante una sutura adecuada de sus planos a la piel-*tcsc.* (5-25).

CUADRO No. 7

COMPLICACIONES DE LA COLOSTOMIA

Dentro de nuestro estudio las complicaciones de la colostomía encontradas fueron relativamente bajas, y dentro de las mismas figuran: en primer lugar el Prolapso, que se observó en un 7.50/o de los casos, dehiscencia en 4.30/o, y finalmente Peritonitis y retracción con 1.10/o cada una.

Las complicaciones a las cuales puede dar origen una colostomía son múltiples y se han observado en todas las épocas.

Lichtenstein enumera una serie de complicaciones figurando entre estas: (3-13-18).

- a) evisceración
- b) desprendimiento
- c) prolapso de intestino delgado
- d) prolapso de intestino grueso
- e) prolapso de intestino grueso+intususcepción
- f) hernia
- g) irritación cutánea
- h) retracción

i) estenosis j) necrosis por pérdida de riego k) necrosis por tensión excesiva del intestino l) intususcepción y necrosis m) obstrucción n) Impacción n) Ca. recurrente+obstrucción+hemorragia o) perforación de úlcera p) perforación por cánula de enema (q) perforación de divertículo.

Aguirre Mac Kay presenta una clasificación de las complicaciones así:

A. COMPLICACIONES DE EJECUCION

GRUPO I

TRASTORNOS TROFICOS Y FUNCIONALES

- a. Edema
- b. Necrosis
- c. Ulceración
- d. Fístulas
- e. Perforación del asa por enema
- f. Hemorragia
- g. Interferencia por intestino delgado
- h. Impacción Fecal
- i. Diarrea
- j. Flebitis del meso del asa exteriorizada

GRUPO II

TRASTORNOS DE LA FIJACION

- A. Hacia adentro
 - a. Retracción
 - b. Desprendimiento
 - c. Contracción
- B. Hacia afuera
 - a. Prolapso
 - b. Evisceración

TRASTORNOS DE PIEL Y PARED ABDOMINAL

- A. Dermatitis
- B. Maceración
- C. Eventración

En un trabajo presentado por Devlin HB de una revisión efectuada en el National Health Service de Inglaterra y Wales sobre 7684 y 5000 colostomías efectuadas respectivamente, encontró que las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron las siguientes: (5)

* **RETRACCION:** que es una complicación frecuentemente encontrada en pacientes con colostomía en asa, obesos, y en colostomía terminal puede asociarse a tensión o isquemia, siendo más frecuente encontrarla en el postoperatorio inmediato, necesitando generalmente una reintervención.

– **ESTENOSIS:** A pesar que la sutura colo-cutánea ha hecho disminuir esta complicación, si parece y procede, se puede ampliar la boca de la colostomía mediante escisión de piel + sutura colo-cutánea adecuada.

– **PROLAPSO:** Generalmente sucede, cuando ocurre, en la rama distal de una colostomía transversa, sucede ocasionalmente, y el mejor manejo es la reducción manual y sutura adecuada.

– **OBSTRUCCION:** Puede ocurrir como una complicación de técnica.

– **HERNIAS:** Es más común en pacientes viejos, y puede ser manejado adecuadamente mediante intervención quirúrgica.

CUADRO No. 8

DURACION DE LA COLOSTOMIA

En nuestra casuística, la mayor cantidad de casos correspondió a aquellos en los cuales fué efectuado el cierre en un período mayor de 24 semanas, aunque los datos al respecto incluyeron en este período de tiempo a las colostomías permanentes, con un porcentaje de 49.50/o, siguiendo luego el grupo de 12 a 24 semanas con 22.50/o, luego el de 4 a 7 semanas con 18.30/o y finalmente el de 8 a 11 semanas con 9.70/o.

En un estudio presentado por Thomson JP et al, efectuado en un hospital Británico observó que el cierre de la colostomía era más adecuado efectuarlo siempre después del 20. ó 30. mes, puesto que en esa etapa toda la condición acarreada por la cirugía efectuada en la primera intervención prácticamente se encontraba superada, funcionando mejor la cirugía reconstructiva. Hizo notar que en cierres efectuados más tempranamente las complicaciones ocurrían en mayor frecuencia. (21)

Igualmente la serie presentada por Knox A. et al, el recomienda el cierre dentro de 3 a 6 meses después de efectuada la colostomía, basado en los mismos principios que el estudio anterior. Otras series como la de Dirich Dr., Dixon y Benson, etc., apoyan tal conducta. (7-13).

CUADRO No. 9

CIERRE DE LA COLOSTOMIA

La resección parcial y anastomosis parcial ocupó un lugar preponderante con 72.90/o en nuestra serie, seguido por el cierre mediante resección total y anastomosis Termino-terminal con el porcentaje restante. Las heridas operatorias fueron cerradas

primariamente en un 750/o y el resto fueron dejadas abiertas para un cierre más tardío.

Cuando se va a efectuar un cierre de colostomía, el colon debe ser preparado tal y como se prepararía para una colostomía en cirugía electiva (Mecánicamente, antisepsia intestinal).

Las series presentadas por Thomson, Knox y Firich utilizan las medidas anteriores y en su mayoría efectúan cierres tal y como se efectuó en nuestro estudio. (7-13-21).

CUADRO No. 10

TIPO DE CIERRE:

El tipo de cierre intraperitoneal ocurrió en la totalidad de los pacientes de este estudio. En los resultados de cierre de colostomía realizados por Firich D., en 213 pacientes observó que el 620/o fue intraperitoneal, encontrando un número menor de complicaciones en este grupo de pacientes. Thompson en su serie presentó un 920/o de pacientes en quienes se efectuó un cierre intraperitoneal. Y recomienda esta modalidad de cierre sea empleada puesto que es más segura y su falla depende básicamente de error de técnica. (2-7-9-13).

Knox AJ refuta dicha conducta y recomienda el cierre extraperitoneal, pero no fundamenta adecuadamente tal conducta en su estudio.

CUADRO No. 11

COMPLICACIONES DEL CIERRE DE COLOSTOMIA

En tal renglón tuvimos una incidencia relativamente baja, ocupando la infección de la herida operatoria el 8.40/o, seguido de Dehiscencia y Peritonitis 4.20/o y luego pérdida excesiva de

piel y Hemo-peritoneo + peritonitis con 2.20/o respectivamente.

A pesar que la operación de cierre de colostomía tiene reputación negativa, en nuestra serie las complicaciones presentadas fueron menores que en otras series reportadas; por ejemplo Burkett & Collins et al encontraron una morbilidad post-operatoria de 230/o por fistula fecal y una mortalidad de 2.30/o., otros reportes dan datos variables en todos los estudios efectuados. (2-7-21-22).

X. CONCLUSIONES

1. No hay preponderancia de grupo sexual en pacientes colostomizados.
2. Las edades de mayor frecuencia de pacientes colostomizados fueron las comprendidas en el intervalo de 21 a 60 años.
3. Las indicaciones de colostomía en este estudio fueron principalmente por enfermedad traumática y por enfermedad neoplásica.
4. El tipo de colostomía más empleado fué el de Mikulics o en asa (temporal).
5. El empleo de preparación mecánica y antisepsia intestinal disminuyó las complicaciones post-operatorias.
6. La localización de la colostomía temporal continuó siendo colon transverso y descendente. Para la colostomía terminal (permanente) el colon descendente o el colon sigmoide.
7. La colostomía no madurada fue más empleada.
8. Las complicaciones propias de la colostomía y su cierre fueron bajas en nuestro estudio.
9. La duración de la colostomía está mediada por su indicación primaria.
10. El cierre de la colostomía se estableció tardíamente en la mayoría de casos.
11. El tipo de cierre fué intraperitoneal en 1000/o

XI. RECOMENDACIONES

1. Empleo de Colostomía en Asa como elección para derivar el flujo fecal temporalmente, en pacientes en estado crítico que toleran poco tiempo operatorio.
2. Individualizar cada caso para efectuar maduración o no maduración de una colostomía.
3. Efectuar cierre parcial con anastomosis parcial intraperitoneal las más veces posibles.
4. Dejar la herida abierta cuando haya indicación (contaminación).
5. En lo posible no efectuar cierres tempranos de colostomía (antes de 8 semanas).
6. Efectuar plan educativo adecuado a pacientes colostomizados para su mejor aceptación y manejo.
7. Empleo de la colostomía de Devine como elección para derivar el flujo fecal totalmente, en colostomías temporales que así lo requieran.

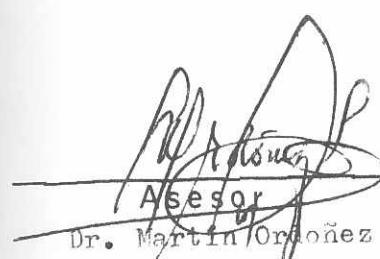
XII. BIBLIOGRAFIA:

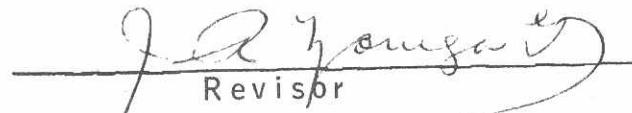
1. *Abeyatongue L. R.*
A Modifier Technique of Colostomy
Br. J. Surg. 59(2) 99-100 Feb. 72.
2. *Adeyeno A. Et Al.*
Colostomy Intraperitoneal Closure
Am. J. Surg. 130(3) 773-4 Sept. 75.
3. *Azurdia, Ramos Guillermo*
Consideraciones sobre colostomías, colotomías y coloscopías
Tesis. Facultad de Ciencias Médicas 1960 v3.
4. *Chaimoff et al*
Perforation of Colostomy Loóp. Report of Four cases.
Am J. Proctol. 22-115-9 Ap. 71.
5. *Devlin H V*
Colostomy: Indications, Management and Complications
Ann. R. Coll. Surg. Engl. 52-392-408 Jan 73
6. *Drian G W et al*
Repair of Peritoneal Colostomy Hernias
Am. J. Surg. 130(6) 694 Dec. 75
7. *Firich D R*
The Results Of Colostomy Closure
Br. J. Surg. 63(5) 397-9 May 76.
8. *Goldstein M. Et Al*
Reconsideration of Colostomy in Elective Left Colon Resection
S.G.O. 130 593-4 Ap. 72.

9. Greenlee Herbert B. *Cirugía Intestinal*
Edit. Interamericana 1a. Edicion 1976
10. Hiatt N. Et Al *Experimental Perineal Colostomy, With Voluntary Control*
S.G.O. 138:852 Jun 74
11. Hines J R *A method of Transverse Loop Colostomy*
S.G.O. 141(3) 426-8 Sep 75
12. Kirkpatrick J R Et Al *The Injured Colón: Therapeutic Considerations.*
Am. J. Surg. (129(2) 182-91 Feb 75
13. Knox A J Et Al *Closure of Colostomy*
Br. J. Surg. 58:669-72 Sep. 75
14. Leichtentrih K G *Rehabilitation Needs of Patients With Colostomy, Ileostomy or Artificial Bladder.*
Am. J. Proctol. 27(5) 53-6 Oct, 76
15. Menderson A N *Management of Colonic Stoma*
S.G.O. L 129:1046 Nov. 69
16. Nahra K S *The Permanent Colostomy*
Am. J. Proctol. 28(1) 33 Feb. 72
17. Rodríguez J R Et Al. *Treatment of Skin irritation Around enterostomies With Cholestyramine Ointment.*
J. Pediatric. 88 659-61 Ap. 76
18. Sabiston David C. *Tratado de Patología Quirúrgica*
10 Ed. Tomo I 1974
19. SANS C. *A New Method to avoid Colostomy in obstructions of The Colon*
Due To Non-Operable Carcinoma
Am. J. Proctol. 21-127-36 Ap. 70
20. *Surgical Clinics Of North America, The Colon And Ano-rectal Surgery*
Vol. 58 No. 3 June 1978
21. Thomson J P Et. Al *Results of Closure of Loop Transverse Colostomies*
Br. J. Surg. 3 459-62 Aug 72
22. Tilson M D Et. Al. *A Possible explanation for Post operative Diarrhea after Colostomy Closure.*
Am. J. Surg. 131(1) 94-7 Jan. 76
23. Vysal T. *Ligated Loop Colostomy For Complet Fecal Diversion*
Am. J. Proctol. 26(6) 62-3 Dec. 75
24. WILSON John L. *Manual de Cirugía*
3a. Ed. MM 1975

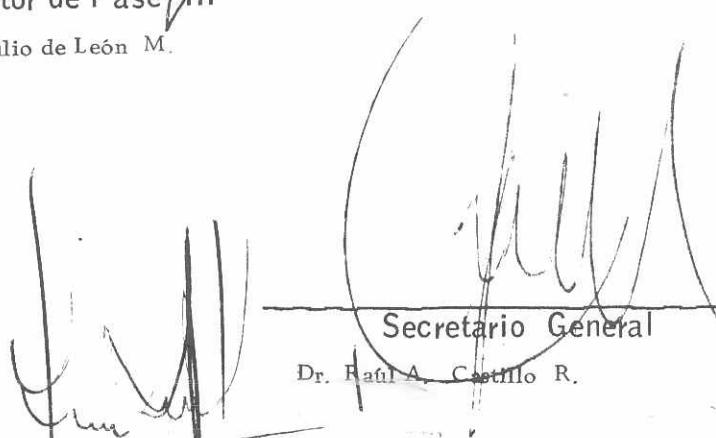
25. Noriega González, Rolando Información Personal.

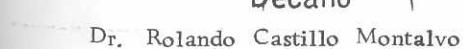
Jorge Fernando Mazariegos Marroquín
Br. Jorge Fernando Mazariegos Marroquín


Asesor
Dr. Martín Ormeñez Lorenzana


Revisor
Dr. Julio Rolando Noriega González


Director de Fase III
Dr. Julio de León M.


Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.


Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo