

Observaciones sobre colostomía

*Dr. Jaime Escobar T. **

*Dr. Augusto Castro ***

*Dr. Federico Peñalosa ****

REVISION DE 133 CASOS DEL HOSPITAL

SAN JUAN DE DIOS

INTRODUCCION

La colostomía se define como la apertura quirúrgica del colon a la pared abdominal. En los traumatismos del colon y especialmente por heridas con arma de fuego, ha sido practica corriente en el Hospital San Juan de Dios y con ello hemos logrado bajar la mortalidad de estos. (2). Su uso ha permitido disminuir la morbilidad y la mortalidad, asociadas a

procesos benignos y malignos a medida que se han comprendido mejor sus indicaciones, la técnica y su tratamiento.

HISTORIA

Se atribuye a Littré haber sido el primero en proponer esta intervención en 1.710 como medio de tratar una atresia rectal en un lactante. Sinembargo parece que había sido usada por los veterinarios desde los tiempos bíblicos.

Posteriormente fue Dubois en 1.783 quien la practicó en un lactante con ano imperforado. A principios de siglo, Miles describió y popularizó el método que lleva su nombre, como tratamiento del Cáncer Rectal; es una colostomía permanente, de luz única.

CLASIFICACION

Se han hecho varias clasificaciones de la colostomía de acuerdo con su localización y el fin perseguido por la inter-

* *Jefe -Departamento de Cirugía General. Hospital de San Juan de Dios. Facultad de Medicina. Universidad Nacional. Bogotá, Colombia.*

** *Instructor Asociado -Departamento de Cirugía General. Hospital de San Juan de Dios. Facultad de Medicina. Universidad Nacional. Bogotá, Colombia.*

*** *Profesor Asistente -Departamento de Cirugía General. Hospital de San Juan de Dios. Facultad de Medicina. Universidad Nacional. Bogotá, Colombia.*

vención: Cecostomía, Transversostomía y en Sigmoides. Pueden ser temporales si son transitorias o permanentes si son definitivas.

Pueden ser en ASA, cuando no se secciona el colon en toda su circunferencia o puede seccionarse éste y abocar los dos extremos dejando aponeurosis y piel entre las dos bocas. La localización más frecuente es en trasverso y sigmoide. La colostomía terminal, de una sola luz se lleva a cabo casi exclusivamente después de la resección abdomino-perineal de Miles y es permanente. (10).

También puede usarse este tipo de colostomía terminal de una sola luz, con cierre de la boca distal (recto) en forma transitoria en la operación de Hartmann cuando se reseca el sigmoide por un proceso agudo como vólvulos o colitis isquémica, en pacientes en mal estado por peritonitis y desequilibrio hidroelectrolítico.

INDICACIONES

Se indica en las obstrucciones agudas o sub-agudas especialmente por carcinoma de sigmoide y aún de recto, o en Diverticulitis, como medio de derivar la materia fecal temporalmente y ocasionalmente en forma definitiva. Cuando la obstrucción es por carcinoma, debe intervenir a las dos semanas; si el proceso es benigno puede esperar un tiempo mayor.

Se indica también la colostomía en los desgarros del colon, o para proteger una sutura en una resección, (3-4) o en las heridas del recto extraperitoneal. (10)

En caso de fístula cólica después de la resección, la colostomía logra la cicatrización del proceso.

La derivación total de la materia fecal logra el reposo absoluto del colon distal. La derivación parcial logra decomprimir el colon para proteger una sutura o un colon enfermo (7). La cecostomía es la menos usada y se indica especialmente para decomprimir.

MATERIAL Y METODOS

El estudio que presentamos hoy, es el resultado de la observación de 133 casos de colostomía hechos en el Hospital San Juan de Dios durante cinco años (1.965 - 1.969) y cuya indicación fueron entidades que requerían de urgencia el procedimiento, especialmente por heridas y desgarros del colon. No se incluyen los casos de colostomía por resecciones abdominoperineales ni los casos que no pudieron ser controlados por traslado a otros centros hospitalarios una vez tratada la emergencia.

De los 133 casos revisados, 107 correspondían a hombres y 26 a mujeres. El tipo de herida predominante fue el arma de fuego. (43,6%) que como es lógico causas más destrosos en los órganos y mayor contaminación de la herida por materia fecal. Las heridas cortopunzantes (21%) el segundo lugar aunque en estos los desgarros son menos frecuentes y el mismo carácter de la herida facilita la sutura primaria. (cuadro Nº 1).

En tercer lugar, el vólvulos del sigmoide (9.7%) como entidad de carácter agudo que requirió en varios casos la operación de Hartmann o la resección y protección de la sutura con Colostomía.

Los traumatismos cerrados en un total de seis, no fueron causa de ruptura frecuente del colon. Otras lesiones menos frecuentes las constituyeron el carcinoma del colon izquierdo, los traumatismos con

COLOSTOMIAS

TIPO DE LESION

HERIDA ARMA DE FUEGO	58
HERIDA CORTO - PUNZANTE	28
VOLVULOS SIGMOIDE	13
TRAUMATISMO CERRADO	6
CARCINOMA DE COLON	5
TRAUMATISMO PERINE	4

CUADRO Nº 1

COLOSTOMIAS

TIPO DE LESION

OBST. INT. LESION ACCIDENTAL SIGMOIDE	3
FISTULA RECTOPERINEAL	2
CARCINOMATOSIS DE PANCREAS Y VESICULA	2
POLIPO VILLOSO	2
MANIOBRAS ABORTIVAS	2
OTROS	8

CUADRO Nº 2

COLOSTOMIAS

LOCALIZACION

TRANSVERSO	101
CECOSTOMIAS	17
SIGMOIDE	15
	<hr/>
TOTAL	133

CUADRO Nº 3

COLOSTOMIAS

COMPLICACIONES

ABSCESOS	24
PROLAPSO	2
EDEMA SEVERO	1
NECROSIS	1
OBSTRUCCION	1
	<hr/>
TOTAL	29

CUADRO Nº 4

desgarros del periné, los cuadros de obstrucción por herida y lesión accidental del colon, dos casos por maniobras abortivas que perforaron el sigmoide y por último ocho casos de causas diversas. (cuadro Nº 2).

La colostomía practicada con mayor frecuencia fue la colostomía en ASA y de localización en el transverso derecho con un total de 101 casos. Se hicieron 15 cecostomías y 15 colostomías de sigmoide. (cuadro Nº 3).

COMPLICACIONES

Se presentaron en 29 casos de los cuales 24 abscesos, dos prolapsos, un caso de edema severo, uno de necrosis y uno de obstrucción. (cuadro Nº 4).

El gran predominio de los abscesos se relacionan con el carácter mismo de contaminación de las heridas del colon en las que se indica por esta misma razón el hacer la colostomía.

CIERRE DE LA COLOSTOMIA

En promedio se hizo el cierre después de tres semanas de la intervención pero varía en cada caso. Solamente tres quedaron con colostomías permanentes.

Previo el cierre se efectuó preparación del colon con dieta, limpieza mecánica y neomicina por 24 horas pre-operatorias.

COMPLICACIONES DEL CIERRE

Abscesos 7 casos; fístulas 4, peritonitis 3 y obstrucciones 2. (cuadro Nº 6).

MORTALIDAD

En los 133 casos la mortalidad fue de

22 casos (16.5%).

Esta mortalidad se relaciona fundamentalmente con shock séptico en ocho casos y hemorrágico en dos, peritonitis en cuatro, insuficiencia renal aguda en tres, en los cuales el shock jugó papel condicionante y por causas diversas cinco casos. (cuadro Nº 7).

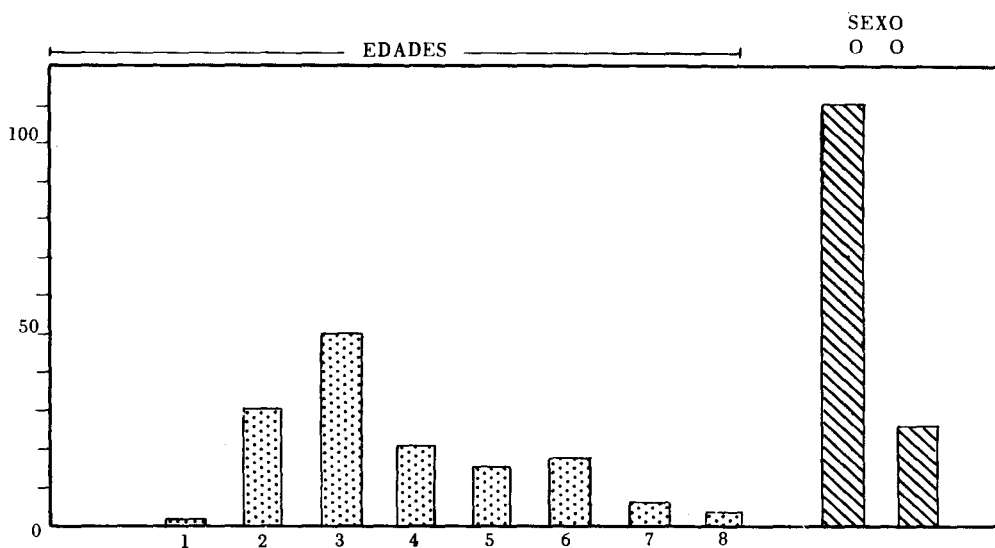
COMENTARIOS

El uso de la colostomía como método de proteger las suturas del colon o como medio de decomprimir el colon por obstrucciones o para ponerlo en reposo ha sido cada vez mayormente utilizada y su técnica simplificada, así como se ha adquirido mayor conocimiento en su manejo y cuidado, aunque debemos anotar y es triste decirlo que existe aún ignorancia por parte de médicos y enfermeras en cuanto a su manejo y cuidados y es mucho lo que aún resta aprender sobre esto. Es de tanta importancia lo anterior que a los clubes de colostomizados, e ileostomizados, se ha agregado ahora la creación en el New England Deaconess Hospital de Boston desde 1.967 la clínica de rehabilitación del "estoma" como medio de brindar toda la información y cuidado al paciente que lo requiera y para hacer entrenamiento del personal médico y de enfermería, lo cual ha tenido gran éxito (8).

En el medio nuestro es frecuente el rechazo del paciente a la colostomía cuando hay carcinoma del recto y solo en casos imperativos como los de urgencia, cuando el paciente no está en condiciones de decidir o de escoger se efectúa ésta como medio de salvarle la vida.

Como observamos en el trabajo que hoy presentamos, la mayoría de estos casos son heridas por arma de fuego o cortopunzante y que no solamente inte-

COLOSTOMIAS



CUADRO Nº 5

COLOSTOMIAS

COMPLICACIONES DEL CIERRE

ABSCESOS	7
FISTULAS	4
PERITONITIS	2
OBSTRUCCION	2

CUADRO Nº 6

COLOSTOMIAS

MORTALIDAD

SHOCK SEPTICO	8
PERITONITIS	4
INS. RENAL AGUDA	3
SHOCK HEMORRAGICO	2
OTRAS CAUSAS	5
	<hr/>
TOTAL	22

CUADRO N° 7

resan el colon sino diversos órganos abdominales a torácicos y que elevan la mortalidad.

La técnica utilizada es sencilla, con apertura del colon transversal derecho y fijación de los bordes mucosos a la piel. Cuando se desea que sea más derivativa se utiliza la varilla de vidrio como manera de acentuar la separación de las bocas o efectuando con la aplicación de puntos la formación de espalón de separación.

La dieta inicialmente parenteral, se cambia por dieta líquida de la cual se elimina la leche y el jugo de naranja, y luego se pasa a una dieta de transición baja en residuos (6).

Cuando la colostomía queda permanente, el paciente puede llegar con el tiempo

a tolerar los alimentos que usualmente tomaba; si se presenta tendencia a la diarrea, con medidas dietéticas puede controlarse suspendiendo las legumbres y las frutas y usando drogas como el Lomotil y el Elixir Paregórico. Igualmente cuando hay constipación acentuada el cambio de dieta puede favorecer su mejoría (10,5).

Con el método descrito para hacer la colostomía, el cierre también es sencillo: la pared del intestino se separa de la piel por disección aguda y el resto del intestino puede liberarse fácilmente de la capa más profunda de la pared abdominal porque hay muy poca reacción alrededor del intestino. Esta se cierra por una simple sutura transversal (11).

El uso adecuado de la colostomía en los casos de heridas del colon ha logrado

bajar considerablemente la mortalidad en nuestro Hospital (2), e igualmente en los graves casos del vólvulos del sigmoide

RESUMEN

Se hace una revisión sobre 133 casos

de colostomías hechas en pacientes del Hospital San Juan de Dios de Bogotá en un período de cinco años; el 43.7% de los casos eran heridas por arma de fuego. La mortalidad global fue de 16.5%. La colostomía derivativa, en ASA, ha bajado la mortalidad en las heridas de colon en dicho Hospital.

BIBLIOGRAFIA

1. BEALL, A.C., CROSTHWAIT, R., DE-BAKEY M., *Injuries of the colon including surgery upon the aorta.* Surg. Clin. 45: 1273 - 1282, Oct, 1965.
2. ESCOBAR-T.J., *Manejo de las heridas de colon en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá.* Tribuna Médica, Diciembre 4. Lunes 1.967.
3. GOLIGHER J.C., *Surgery of the anus. Rectum and colon, second edition,* Bailliere, Thindall and Cassell, 1967 London.
4. HERDBERG S., WELCH G. *Complicaciones después de cirugía cólica.* Clin. Quir. de N.A. 775-770, Junio 1963.
5. HARROWER, H.W. *Management of Colostomy, Ileostomy and Ileal Conduit,* Surg. Clin. 48: 941 - 953, August 1968.
6. JEANNETTE MARIE. Sister. *The "Ostomies", current concepts in dietary management.* Hospital 38: 88 - 90, August 1 1.964.
7. LAMY J., LOUIS R., MICHOTE G., BRICOT R., SARLES J. Cl. *Nouveau Traité the technique chirurgicale. Tome XI. Intestin Grele, Colon, Rectum Anus,* Masson y Cie. Editeurs. 1969, Paris.
8. ROWBOTHAN J. L. *The stoma Rehabilitation Clinic, Dis, Colon, Rectum* 13: 59 - 62, Jan. Feb. 1970.
9. SAINT MARK'S HOSPITAL, *advice to a patient with a colostomy. Second Edition* 1.955. London.
10. SWINTON N. W. *Colostomía,* Clin. Quir. 821 - 826, Junio 1964.

***** ● *****