



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

---

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G"

CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

EXPERIENCIA EN LA REALIZACION DE COLOSTOMIA DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE  
GASTROCIRUGIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

FOLIO 2011-3601-143

TESIS QUE PRESENTA

DR ERNESTO BAUTISTA VERA

PARA OBTENER EL DIPLOMA

EN LA ESPECIALIDAD EN

CIRUGIA GENERAL

ASESOR DR TEODORO ROMERO HERNANDEZ



MEXICO, D.F.

AGOSTO 2011.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DOCTORA

DIANA G. MENEZ DIAZ

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR

ROBERTO BLANCO BENAVIDES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GASTROCIRUGIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G"

CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DOCTOR

TEODORO ROMERO HERNANDEZ

CIRUJANO GENERAL

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G"

CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

## INDICE

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| Introducción                                            | 1  |
| • Historia                                              | 1  |
| Tipos de colostomía                                     | 2  |
| • Colostomía terminal                                   | 2  |
| • Colostomía en asa                                     | 3  |
| • Procedimiento de Hartmann                             | 4  |
| • Cecostomía                                            | 5  |
| Indicaciones para la creación de un estoma              | 7  |
| Complicaciones tempranas del estoma                     | 7  |
| • Sitio inapropiado para el estoma                      | 9  |
| • Compromiso vascular                                   | 10 |
| • Retracción                                            | 10 |
| • Irritación de la piel periestomal                     | 10 |
| • Infección periestomal, absceso y formación de fístula | 11 |
| • Hernia paraestomal aguda/obstrucción intestinal       | 11 |
| Hipótesis                                               | 12 |
| Objetivos                                               | 12 |

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Material, pacientes y método   | 12 |
| • Diseño del estudio           | 12 |
| • Universo de trabajo          | 12 |
| • Descripción de las variables | 12 |
| • Selección de la muestra      | 14 |
| • Procedimiento                | 15 |
| Resultados                     | 16 |
| Conclusiones                   | 21 |
| Referencias                    | 22 |

1. Datos del alumno

Bautista

Vera

Ernesto

56 44 58 41

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina.

Cirujano General

096221132

2. Datos del asesor

Romero

Hernández

Teodoro

3. Datos de la tesis

Experiencia en la Realización de Colostomía de 5 Años en el Servicio de  
Gastrocirugía del Centro Médico Nacional SXXI

23 paginas

2011

## INTRODUCCIÓN

### Historia

Las consecuencias de abrir el intestino se conocen desde la antigüedad. En la biblia se lee como Ehud apuñala a Eglon, rey de Moab, el intestino de Eglón es perforado y murió posteriormente. La formación espontánea de una fistula intestinal fue descrita en el Hospital Royal en 1784 (4).

La primera operación de colostomía fue en 1793, cuando Duret realizó una colostomía iliaca para un ano imperforado en un niño de 3 días de nacido. El paciente vivió por 45 años después de la cirugía (4).

La escisión de un tumor obstructivo del intestino grueso combinado con colostomía temporal fue introducida por Bloch en 1894. Esta técnica fue descrita posteriormente por Paul y Mickulicz. Bloch y Mikulicz movilizaron el tumor y lo exteriorizaron, días más tarde, después de que la serosa se adhería firmemente al margen de la herida, entonces se extirpaba el tumor (4).

La colostomía es uno de los procedimientos más utilizados en cirugía, su indicación se reserva para pacientes en quienes no hay otra opción terapéutica, ya sea por enfermedad diverticular complicada, cáncer de recto, cáncer de colon, sepsis abdominal o dehiscencia de la anastomosis, entre otros.

La colostomía se define como un procedimiento quirúrgico en el cual se forma una ventana entre el colon y la pared abdominal con el objetivo de desviar la materia fecal o descomprimir el colon. (1-3).

## **Tipos de colostomía**

La construcción de un estoma es parte integral de muchas operaciones. Dependiendo de la indicación para la que se lleve a cabo. La colostomía se clasifica en temporal o permanente. La colostomía temporal es creada con la finalidad de que en un futuro pueda restablecerse la continuidad intestinal del paciente; es común en procesos benignos. La colostomía permanente no es posible recuperar en el futuro la continuidad del colon dado que el problema de fondo lo contraindica ejemplo, casos de cáncer de colon. (4,7).

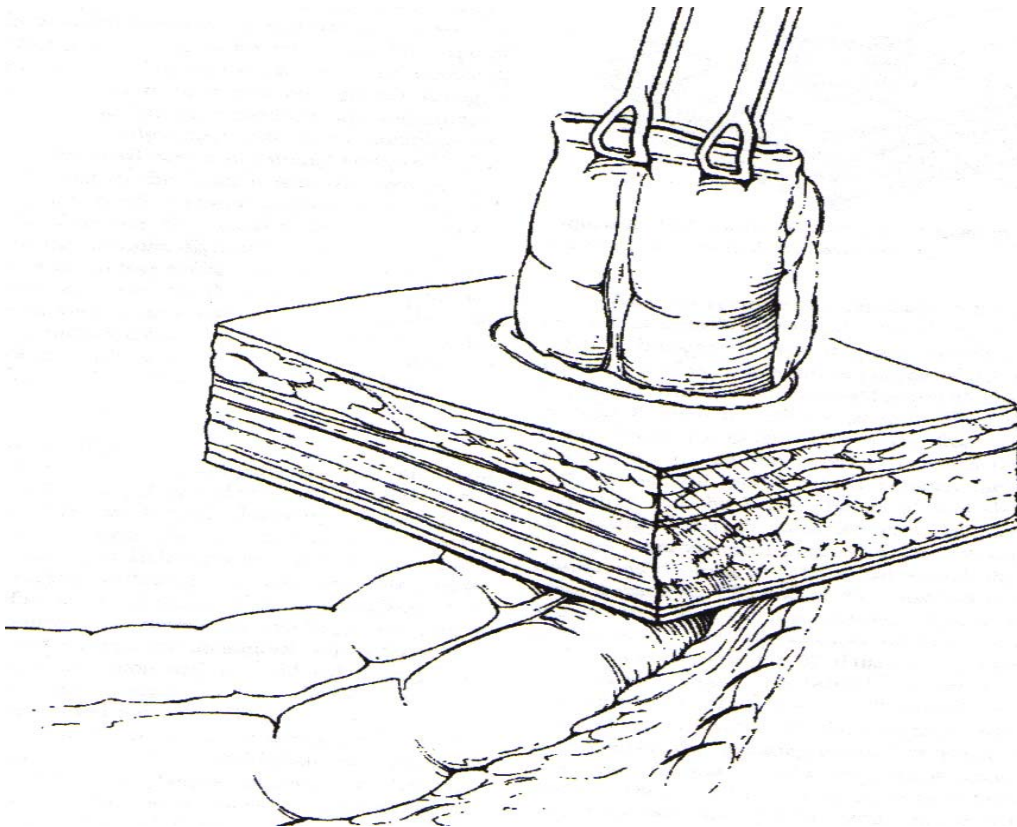
Los objetivos para una adecuada colocación del estoma se resumen como: ubicación a través del musculo recto, por debajo de la línea de la cintura, sobre una superficie plana, y fácil visualización por el paciente. Para evaluar la ubicación óptima el paciente debe ser evaluado en decúbito supino, sentado, de pie y flexión hacia adelante.

## **Colostomía terminal**

La colostomía terminal usualmente es creada en el cuadrante inferior izquierdo pero se ha colocado a través de la fascia en la línea media. La colostomía terminal usualmente se crea durante la resección abdominoperineal por cáncer rectal bajo o con una colectomía sigmoidea con pouch rectal para diverticulitis (procedimiento de Hartmann). Es importante que haya suficiente longitud del colon que sea llevado a través de la pared abdominal sin tensión. El colon izquierdo y el sigmoides se movilizan de su mesenterio y es separado de la reflexión peritoneal lateral, es muy importante que el colon pase a través de la pared abdominal sin tensión. Esto puede incluir la movilización de la flexión esplénica en circunstancias especiales. En los pacientes obesos con pared abdominal profunda requieren una movilización del colon con separación del ángulo esplénico. La arteria mesentérica inferior podría seccionarse en su origen para ganar una adecuada longitud y el mesenterio entre el colon descendente y el sigmoides debe ser dividido. Si la arteria mesentérica inferior se sacrifica, el colon sigmoides entero deberá ser removido. La porción terminal del intestino se agarra con una Babcock y se pasa a través de la pared



abdominal. El colon debe protruir 3-4 cm a través de la piel. Los defectos pequeños entre el mesenterio del colon y la pared abdominal deben ser cerrados, mientras que los defectos grandes deben dejarse abiertos. Después de terminar la cirugía intraabdominal y cubrir la herida abdominal, la colostomía se madura (Figura 1). La colostomía terminal es abierta y madurada con suturas absorbibles entre el espesor total del colon y la dermis de la piel. (3-5).

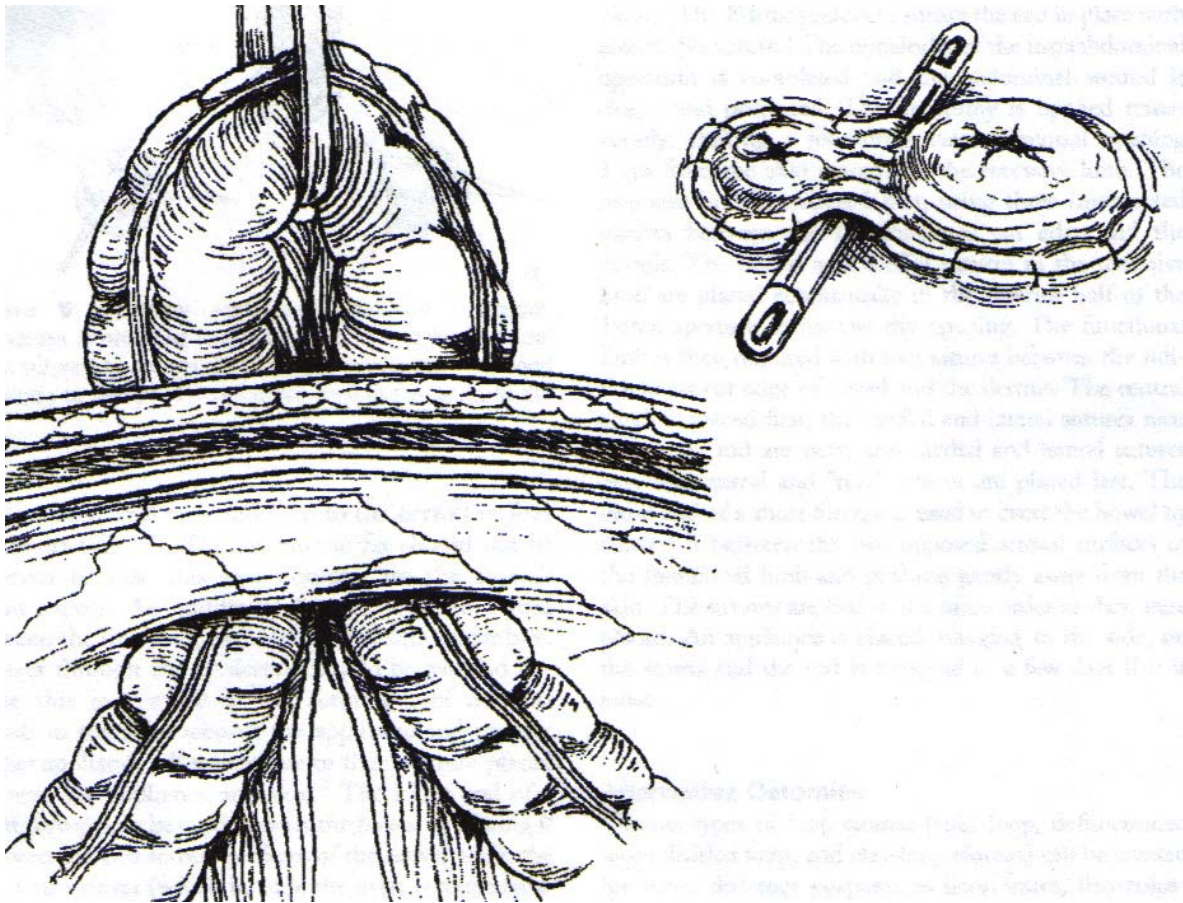


**Figura 1.**

### **Colostomía en asa**

La colostomía en asa usualmente se realiza usando el colon transversal o sigmoide. La colostomía en asa del transversal tiende a ser colocada en el cuadrante superior o en la porción superior de la línea media. El colon puede ser movilizado si es necesario por separación de la flexión adyacente. El gran omento se moviliza fuera o se divide para llevar el colon a través de la apertura sin epiplón. Después de que el colon está fuera se coloca una barra por debajo de él, el resto de la operación es terminada con su maduración. La colostomía en asa es madurada por

apertura longitudinal a lo largo de la tenia coli. La derivación fecal puede mejorar con el uso de una barra, la cual puede quitarse después de 3 días, puede ser necesario dejar la barra en su lugar en pacientes obesos o desnutridos (Figura 2) (7).



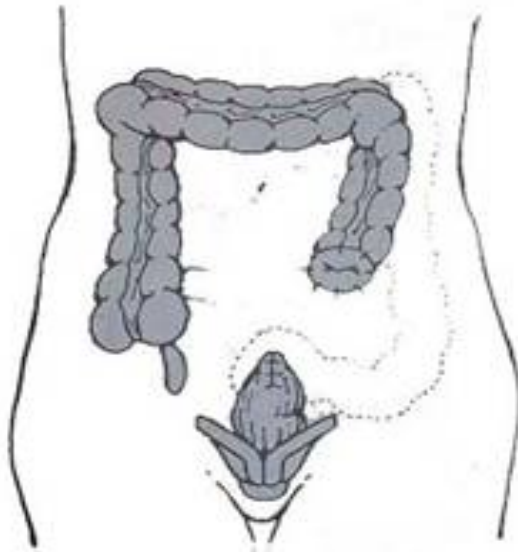
**Figura 2.**

### **Procedimiento de Hartmann**

La operación de Hartmann fue inmortalizada por el profesor Henri Hartmann quien la uso para el manejo del carcinoma obstructivo o perforado, vólvulo del sigmoides, colitis isquémica, perforación de colon traumática y lesiones por radiación.

Henri reporto el procedimiento realizando una colostomía proximal, resección del sigmoides y cierre del muñón rectal vía abdominal. La restitución del tránsito usualmente se realiza 6 meses después para reducir el riesgo de fuga de anastomosis y la morbilidad general. Sin embargo, es

importante tener en cuenta que la reconexión electiva está asociada con una considerable morbilidad posoperatoria con una fuga de la anastomosis mayor al 30% y una mortalidad cercana al 14%. Además, entre 20 y 50% de los pacientes con un procedimiento de Hartmann de urgencia por diverticulitis aguda son irreversibles y tienen que aceptar vivir con un estoma permanente. (Figura 3) (8-10).



**Figura 3.**

### **Cecostomía**

La cecostomía es un método para descomprimir un colon obstruido. Puede ser usado de manera preliminar para una resección subsecuente de colon, o como una válvula de seguridad en casos en los que la resección de parte del colon izquierdo es seguida de una anastomosis primaria.

Si la cecostomía es temporal o permanente, es altamente deseable que el drenaje del colon sea controlado. En ocasiones se puede llevar a cabo en casos de obstrucción aguda por una enfermedad maligna, en cierto número de casos en la segunda operación, dado el crecimiento

resulta inoperable o hay afectación metastásica en el hígado, en estos casos la cecostomía es una alivio permanente a la obstrucción.

A los pacientes se les coloca un catéter de Pezzer. El ciego se aborda a través de una incisión de MC Burney, el catéter se introduce dentro de la válvula ileocecal. Una sutura en bolsa de tabaco se coloca en la pared y se abre el ciego, se introduce el catéter y se ata. La sutura se refuerza con una segunda sutura y el ciego se adjunta hacia el peritoneo parietal. El ciego o el contenido del colon por lo tanto se drenan a través del catéter (Figura 4). Una cecostomía formal no cierra espontáneamente y requiere una operación para cerrar la fistula colocutánea (7, 22).

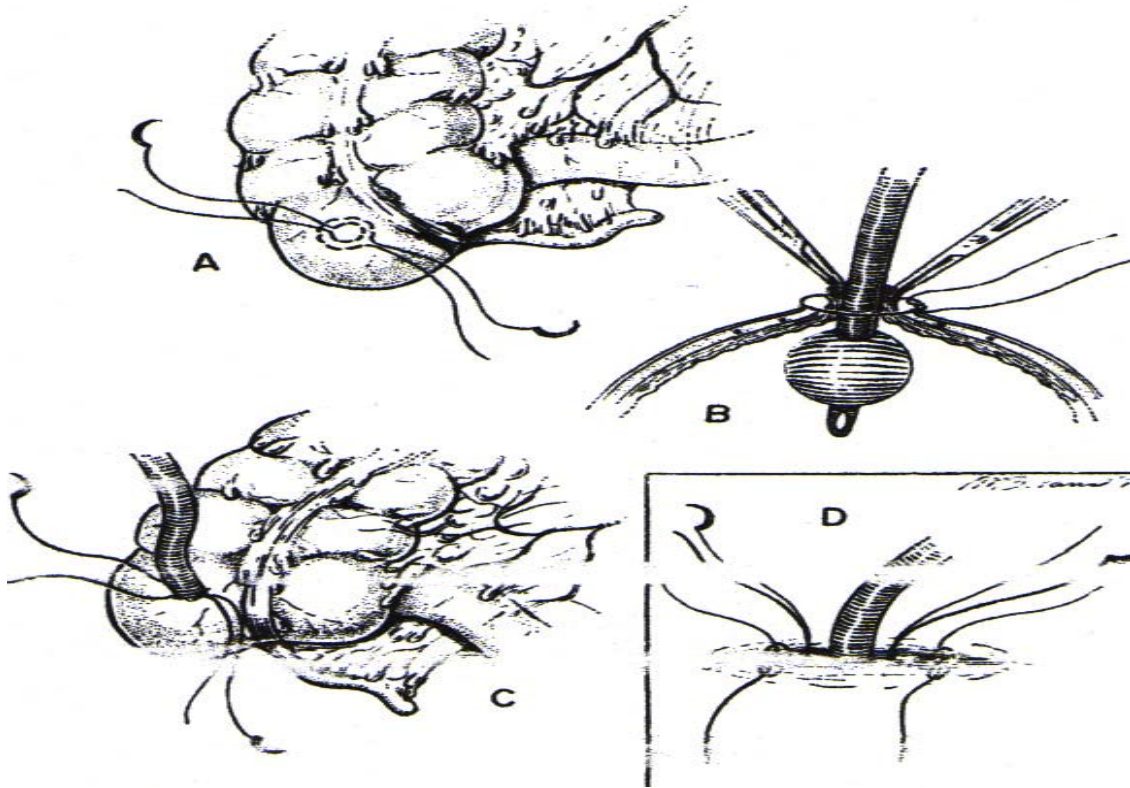


Figura 4.

### **Indicaciones para la creación de un estoma**

El estoma puede ser temporal o permanente, dependiendo de la razón para la cirugía. Las indicaciones mayores para colostomía de urgencia son por obstrucción del colon o por perforación del colon con peritonitis. La obstrucción del colon con frecuencia se debe a cáncer primario del colon distal o recto, enfermedad diverticular complicada (estenosis o absceso) o trauma distal del colon con perforación y contaminación fecal. La utilidad de la colostomía en estas condiciones es asegurar la evacuación segura de la materia fecal, previniendo las consecuencias de una fuga de la anastomosis de una anastomosis primaria de alto riesgo. Dependiendo de la gravedad del paciente la creación del estoma puede ser el único procedimiento realizado durante toda la operación. La cirugía definitiva de cierre de colostomía de manera típica debe retrasarse 1 o más años después.

Las indicaciones para creación de una colostomía electiva son de manera común debidas a cáncer rectal inferior, el cual requiere resección abdominoperineal y remoción del tumor.

El esfínter anal completo, el recto y el sigmoides se remueve con creación de una colostomía terminal permanente. Otras indicaciones para una colostomía electiva incluyen protección de una anastomosis colorectal o coloanal, una fistula rectovaginal, incontinencia, proctitis post radiación, y sepsis perianal. (1-4,7).

### **Complicaciones tempranas del estoma**

La creación de estomas intestinales es un parte del manejo quirúrgico de algunas enfermedades que incluyen el tracto gastrointestinal. A pesar de la amplia experiencia quirúrgica, las complicaciones ocurren con relativa frecuencia. Las complicaciones tempranas son aquellas que ocurren dentro de los primeros 30 días del posoperatorio (5,13).

Las grandes series en la literatura reportan un 34% de complicaciones en 1616 pacientes con estomas (incluye ambos ileostomía y colostomía) en un periodo de 20 años en el Cook County

Hospital (14). Veintiséis por ciento de las complicaciones ocurrieron de manera temprana. En general, la alta incidencia de complicaciones se observó con una ileostomía en asa (75%), y la baja incidencia se observó con una colostomía terminal de transversa (6%). De manera interesante, las complicaciones tempranas fueron vistas con la colostomía terminal descendente (60%), seguida de la ileostomía en asa (59%). La complicación más común vista fue la irritación de la piel (12%) y una mala localización del estoma (7%). (5,14).

Pearl et al (15), reportó porcentaje de complicaciones del 25.9% en 610 pacientes sometidos a la creación de un estoma. En este estudio la principal complicación fue la irritación de la piel periestomal (42.1%). Las complicaciones fueron más frecuentes con ileostomía que con colostomías y la formación de un estoma de emergencia estuvo asociada con altos índices de complicaciones. Cuando el estoma se realizó por un especialista colorrectal, el porcentaje de complicaciones fue bajo (5, 15).

Duchesne et al (16) describió un porcentaje de complicaciones del 25% en 164 pacientes con estomas intestinales en un periodo de 3 años con un 39% que ocurrió en el periodo posoperatorio temprano. No hubo diferencias significativas entre los casos de urgencia, el tipo de estoma (ileostomía vs colostomía) y estos no tuvieron impacto estadísticamente significativo en la incidencia de complicaciones posoperatorias. La obesidad y la enfermedad inflamatoria intestinal son predictores independientes de complicaciones relacionadas con el estoma. La complicación temprana vista con mayor frecuencia fue necrosis del estoma (4.3% de pacientes, 17.1% de complicaciones), irritación de la piel periestomal (1.6% de pacientes, 7.3% de complicaciones) y retracción del estoma (1.2% de pacientes, 4.6% de complicaciones). (5,16).

Algunos estudios han descrito las complicaciones específicas de las colostomías, Porter et al (17) reportó un 44% de complicaciones en 130 colostomías terminales, y 15 requirieron reoperación (11.9%). Mahjoubi et al (18) describieron un porcentaje de complicaciones de 69.4% en 330 pacientes con colostomía terminal: las complicaciones tempranas ocurrieron con una frecuencia de 67.57%.

Cuando se compara el tipo de estoma, la ileostomía en asa se encontró que tiene menores complicaciones que la colostomía en asa, aunque estadísticamente no es significativa. Esto favorece la tendencia de recomendar una ileostomía en asa para la desfuncionalización por anastomosis colorrectal baja. (11-13).

La cirugía de emergencia resulta en una alta tasa de complicaciones que la cirugía electiva y tiene mayor porcentaje de mortalidad.

Da Harris et al (6) de las complicaciones estudiadas, la necrosis se encontró como un factor predictor de mortalidad. Se reporta una morbilidad mayor al 50% y mortalidad del 18% después de una cirugía de urgencia. La mortalidad se ha reportado de un 8% de muertes atribuibles a complicaciones del estoma (6).

Las complicaciones tempranas más comunes son sitio inapropiado para el estoma, compromiso vascular, retracción, irritación de la piel, infección periestomal, absceso, fistula, hernia paraestomal aguda, y obstrucción intestinal temprana. (5).

### **Sitio inapropiado para el estoma**

En la revisión de Bass et al la incidencia de complicaciones totales fue de 32.5% vs 43.5% y las complicaciones tempranas fueron de 23.3 vs 31.6% fue menor en el grupo marcado preoperatoriamente. La incidencia de complicaciones tardías, sin embargo, no fue significativo (9.25% vs 12%). La mala colocación del estoma fue vista en 10.3% de pacientes no marcados preoperatoriamente, pero solo 4.5% aquellos que fueron marcados preoperatoriamente. Los problemas de la piel periestomal tienen mayor prevalencia en pacientes no marcados preoperatoriamente (28% vs 13.7%) (18).

## **Compromiso vascular**

El compromiso vascular de estomas intestinales con isquemia leve debido a trauma tisular operatorio o vasoespasmo con cambios de la mucosa o infarto y necrosis intestinal debido a ligadura del riego arterial o una circulación colateral inadecuada. Además, la obstrucción al flujo venoso puede llevar a una congestión y compromiso de la perfusión intestinal, lo cual también puede llevar a la necrosis del estoma. La incidencia de necrosis del estoma el porcentaje va del 2.3 al 17%.(5,14-15).

## **Retracción**

La retracción de un estoma en el periodo postquirúrgico inmediato es usualmente resultado de un intestino o mesenterio tenso debido a una movilización inadecuada. Además, en pacientes mal nutridos, obesos o con terapia corticosteroide, el estoma puede retraerse debido a un tejido débil y por gravedad. La isquemia del estoma distal leve o la necrosis del estoma puede ser manejada de manera expectante y puede resultar eventualmente retracción con o sin estenosis.

La retracción aguda completa con separación mucocutánea puede resultar en contaminación subcutánea o subfacial con peritonitis y sepsis. En este caso la laparotomía y la revisión quirúrgica es necesaria. (5)

## **Irritación de la piel periestomal**

El reporte de incidencia de irritación de la piel periestomal va del 3 al 42%. En la mayoría de las instancias la irritación de la piel es un resultado directo de (1) dermatitis isquémica debido a exposición del estoma efluente y (2) la descamación de la piel periestomal resulta por cambios frecuentes de la bolsa colectora. La aplicación de cremas antiinflamatorias y ungüentos para la piel periestomal irritada es difícil. Además las reacciones alérgicas a las barreras para la piel, adhesivos y tapas son muy comunes (5, 14-15,20).



### **Infección periestomal, absceso y formación de fistula**

En el periodo temprano posoperatorio, las infecciones paraestomales y los abscesos son relativamente poco comunes, con una incidencia reportada de 2 al 14.8%. Aunque la piel periestomal y la infección de tejidos blandos es rara, es extremadamente problemática y se ve comúnmente al momento de revisar el estoma o reconstrucción del mismo. Esto también puede deberse a un hematoma infectado o a un granuloma de sutura infectado. Los abscesos periestomales generalmente no se resuelven hasta que la cavidad abscedada se drena quirúrgicamente la colocación de un penrose facilita el drenaje.

La fistula es resultado de sutura seromuscular que se colocó de manera profunda y penetró en la luz del intestino (5, 14-15).

En pacientes con enfermedad de Crohn, la fistula periestomal en conjunto con una ileostomía es resultado de recurrencia de la enfermedad, y ocurre en un 7-10%. (5, 21).

### **Hernia paraestomal aguda/ Obstrucción intestinal**

La incidencia de una hernia paraestomal posoperatoria y obstrucción intestinal tiene un rango del 4.6 al 13%. En el periodo temprano del posoperatorio, el tratamiento para la hernia paraestomal aguda y la obstrucción intestinal usualmente requiere reoperación urgente, con reducción de la hernia, resección de intestino no viable y revisión de la aponeurosis abierta. (5,14).

## **Hipótesis**

La Colostomía es uno de los procedimientos más utilizados en la cirugía digestiva. Su indicación se reserva para ciertos pacientes en donde no hay otra opción terapéutica, las indicaciones para su realización se describirán en el presente trabajo, así como sus complicaciones tempranas.

## **Objetivos**

Conocer la experiencia en pacientes a quienes se realizó una colostomía, revisar las indicaciones, y tipo de colostomía, así como sus complicaciones tempranas.

## **Material, pacientes y método**

### **1.- Diseño del estudio:**

Observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal.

### **2.- Universo de trabajo:**

Pacientes operados a quienes se les haya realizado alguna colostomía en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI, en el periodo del 1º enero de 2006 al 31 de diciembre de 2010.

### **3.- Descripción de las variables:**

a) Variable independiente.

Todos los pacientes a quienes se les realizó colostomía.

b) Variable dependiente.

1- Indicaciones de colostomía.

2- Tipo de colostomía.

2.1 Colostomía terminal y cierre distal.

2.2 Procedimiento de Hartmann.

2.3 Colostomía en Asa.

2.4 Cecostomía.

3- Complicaciones tempranas.

c) Descripción operativa.

1. Indicaciones de colostomía: Son todos aquellos diagnósticos clínicos que ameritaron la realización de un estoma colónico.

2. Tipo de colostomía. Se señala el tipo de colostomía realizado.

3. Complicaciones tempranas. Son aquellas complicaciones que se presentaron durante un lapso de 30 días posterior a la realización del estoma colónico.

#### **4.-Selección de la muestra:**

**a) Tamaño de la muestra:** se incluirán a todos los pacientes sometidos a cirugía a quienes se les realizó colostomía en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI, en el periodo del 1º enero 2006 al 31 de diciembre de 2010.

#### **b) Criterios de selección**

##### **Criterios de inclusión:**

Todo paciente operado y sometido a colostomía en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI, en el periodo del 1º enero de 2006 al 31 de diciembre del 2010.

-Pacientes de cualquier edad.

-Pacientes de cualquier género.

-Pacientes a quien se les realizó un estoma colónico.

##### **Criterios de exclusión:**

-Pacientes cuyo expediente se encuentren incompleto.

-Pacientes cuyo expediente no se localice.

-Pacientes tratados fuera de la unidad hospitalaria.

## **5.- Procedimiento:**

1. Se revisaran los registros de las cirugías realizadas por el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional SXXI a quienes se haya realizado algún tipo de colostomía, en el periodo del 1º enero de 2006 al 31 de diciembre del 2010
2. Se solicitaran los expedientes al archivo clínico de los pacientes y se revisaran para recabar los datos.
3. Se consignaran todos los datos obtenidos de los expedientes, en la hoja de recolección anexa, tales como edad, sexo, tipo de cirugía, indicación para cirugía, procedimiento realizado y complicaciones tempranas.

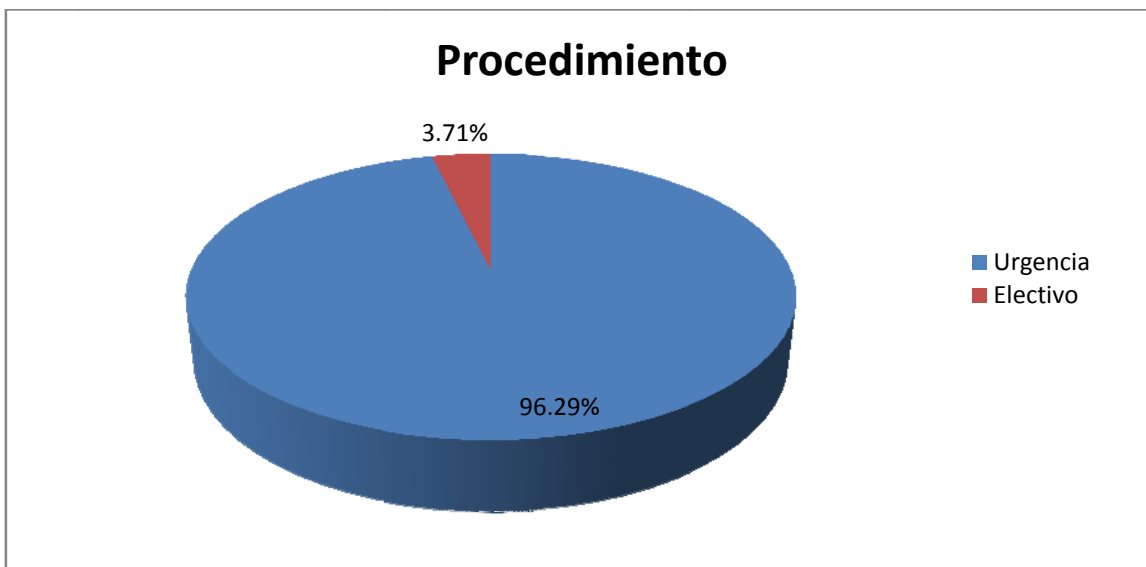
## Resultados

Se localizaron 81 expedientes de pacientes a los cuales se les realizó colostomía. El grupo consistió en 45 mujeres (55.55%) y 36 hombres (44.45%). La edad comprendió de los 21 a 90 años, con un promedio de 55 años (Figura 5).



**Figura 5. Distribución por género.**

El procedimiento de Urgencia se llevó a cabo en 78 pacientes (96.29%) y en 3 pacientes (3.71%) fue de manera electivo. (Figura 6).

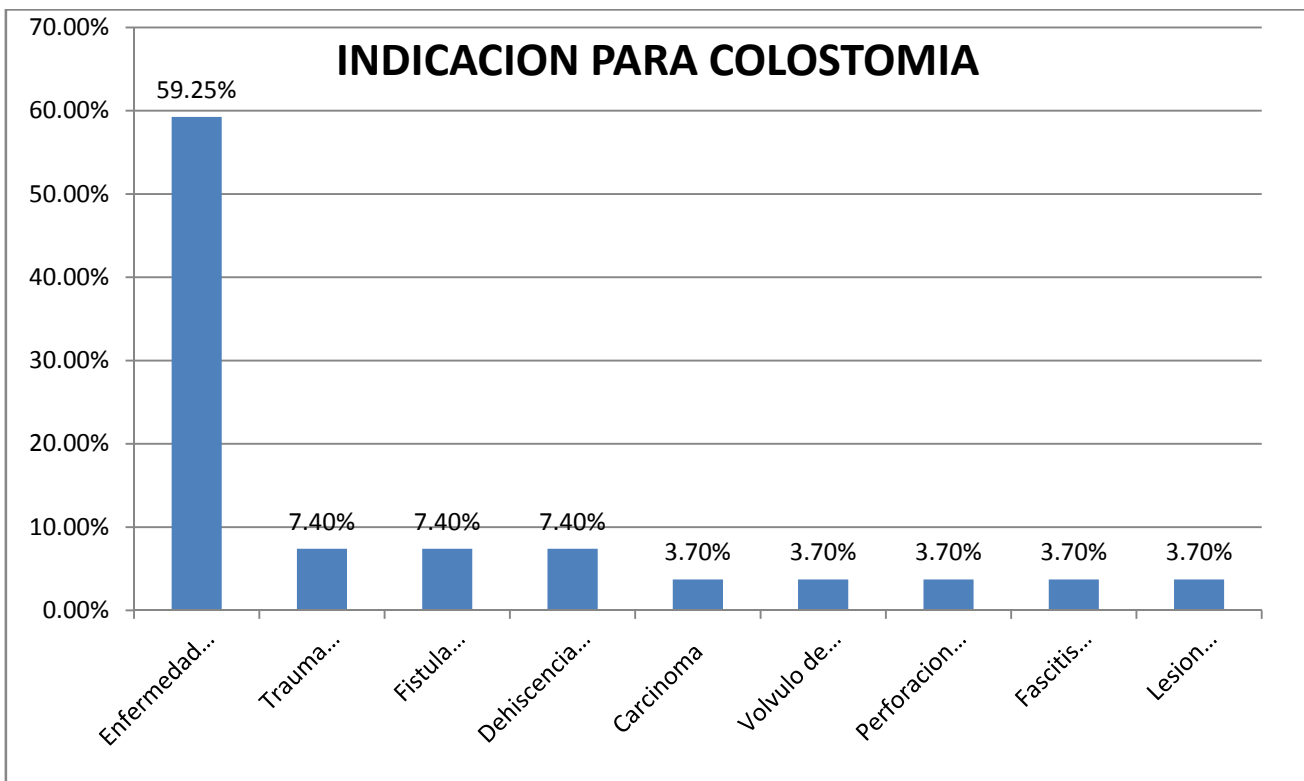


**Figura 6. Tipo de procedimiento.**

Los diagnósticos por los cuales se realizó una colostomía fueron los siguientes (Figura 7):

|                                                  |               |        |
|--------------------------------------------------|---------------|--------|
| Enfermedad diverticular complicada               | 48 pacientes. | 59.25% |
| Trauma abdominal                                 | 6 pacientes.  | 7.40%  |
| Fistula intestinal                               | 6 pacientes.  | 7.40%  |
| Dehiscencia de anastomosis                       | 6 pacientes.  | 7.40%  |
| Carcinoma                                        | 3 pacientes.  | 3.70%  |
| Vólvulo de Sigmoides                             | 3 pacientes.  | 3.70%  |
| Perforación secundaria a dilatación endoscópica. | 3 pacientes.  | 3.70%  |
| Fascitis necrotizante                            | 3 pacientes.  | 3.70%  |
| Lesión incidental                                | 3 pacientes.  | 3.70%  |

Tabla 1.



**Figura 7. Indicación para colostomía.**

La enfermedad diverticular complicada constituyó la causa o indicación más frecuente para realizar una colostomía, de los 48 pacientes, se realizó un procedimiento de Hartmann a 24 pacientes (50%) y los restantes 24 (50%) pacientes se realizó colostomía terminal con cierre del muñón distal.

La segunda indicación para cirugía fue el trauma abdominal el cual se realizó en 6 pacientes jóvenes, realizándose colostomía terminal y cierre del muñón distal.

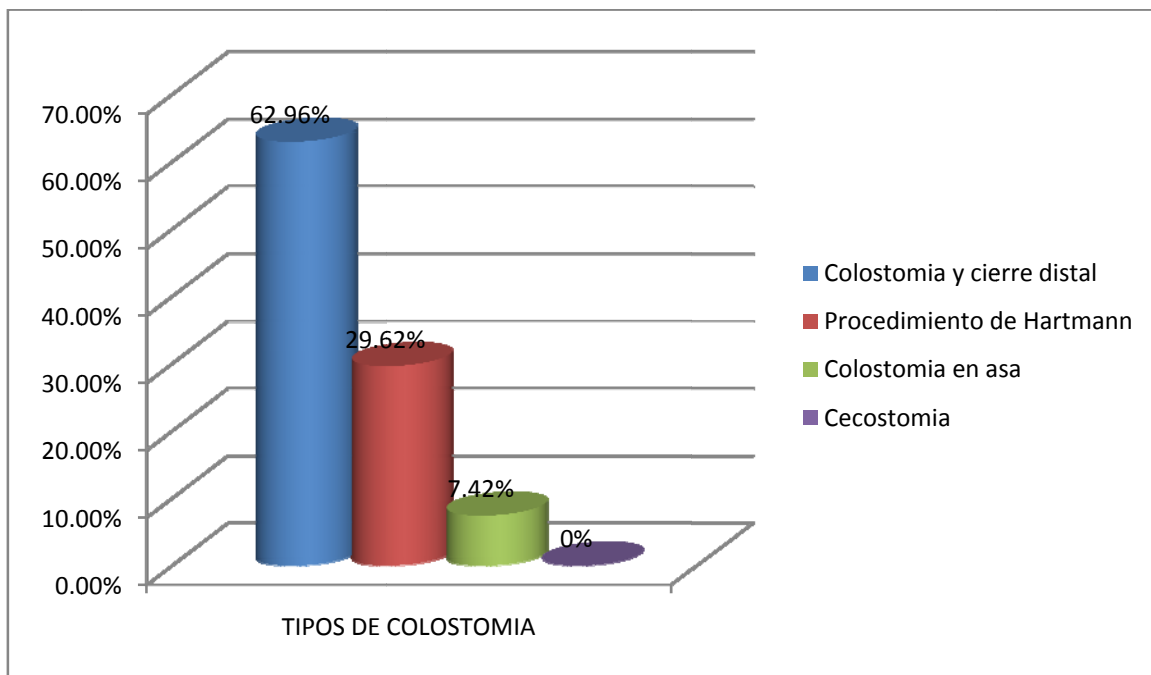
En tercer lugar la fistula intestinal constituyó una indicación más para colostomía en 6 pacientes (7.40%).

La dehiscencia de anastomosis constituyó una causa importante la realización de una colostomía presentándose dentro de los primeros 5 días posoperatorios en 6 pacientes (7.40%).



Las causas menos frecuentes para la realización de una colostomía y que se presentaron en 3 paciente fueron: carcinoma (3.70%), vólvulo de Sigmoideas (3.70%), perforación secundaria a dilatación endoscópica de colocoloanastomosis (3.70%), fascitis necrotizante (3.70%) y lesión incidental del ángulo hepático del colon (3.70%).

De acuerdo al tipo de Colostomía realizado, el procedimiento más frecuentemente realizado fue colostomía terminal con cierre del muñón distal en 51 pacientes lo que constituye el 62.96%, en 24 pacientes se realizo un procedimiento de Hartmann lo que conforma un 29.62% y se realizo una colostomía en asa de transverso en 6 pacientes (7.42%) (Figura 8)



**Figura 8. Tipo de colostomía.**

De acuerdo a las complicaciones tempranas; la principal complicación que observamos fue la presencia de absceso periestomal en 6 pacientes (7.40%), en 3 pacientes se presento un absceso de pared (3.70%) los cuales se resolvieron mediante drenaje y curación, en 3 pacientes se observo retracción del estoma (3.70%) el cual se resolvió mediante tratamiento quirúrgico, 3 pacientes mas presentaron una fistula colocutánea y 3 pacientes presentaron dermatitis periestomal (3.70% respectivamente).Tabla 2.

|                                     |                        |   |       |
|-------------------------------------|------------------------|---|-------|
| Procedimiento de Hartmann           | Absceso periestomal    | 6 | 7.40% |
| Procedimiento de Hartmann           | Absceso de pared       | 3 | 3.70% |
| Procedimiento de Hartmann           | Dermatitis periestomal | 3 | 3.70% |
| Colostomía terminal y cierre distal | Retracción.            | 3 | 3.70% |
| Colostomía terminal y cierre distal | Fistula                | 3 | 3.70% |
| Colostomía terminal y cierre distal | Dermatitis periestomal | 3 | 3.70% |

Tabla 2.

Finalmente en 63 de los pacientes no presentaron complicaciones tempranas lo que constituyo el 77.7% de los casos.

## Conclusiones

La colostomía es un procedimiento útil en la atención de patología colónica con complicaciones tanto tempranas como tardías.

En este estudio de 81 pacientes la edad promedio fue de 55 años y el sexo femenino fue afectado en 45 pacientes (55.5%) y la cirugía de urgencia represento el mayor número de casos (78) que representan el 96.29% de los casos.

La principal indicación para la realización de una colostomía fue la enfermedad diverticular complicada en el 59.25% de los casos; en esta patología en particular el procedimiento que prevalece de manera importante en su realización es el procedimiento de Hartmann (50%), ya que el colon izquierdo es el afectado con mayor frecuencia en esta patología colónica en particular.

De manera general la colostomía realizada con mayor frecuencia fue la colostomía terminal con cierre distal en 62.96% de los casos.

Dentro de las complicaciones tempranas en este estudio la complicación presente con mayor frecuencia fue la presencia de absceso periestomal en 6 pacientes (7.40%). La colostomía terminal con cierre distal realizada en 51 pacientes presento complicaciones en 9 pacientes las cuales fueron retracción del estoma, fistula intestinal y absceso periestomal( 3.70%).

El procedimiento de Hartmann realizado en 24 pacientes, presentó complicaciones tempranas en 9 pacientes, las cuales fueron absceso de pared, absceso periestomal y dermatitis periestomal.

Del total de pacientes un 77.7% no presento complicaciones tempranas.

La colostomía es un procedimiento útil realizado con mayor frecuencia en situaciones de Urgencia, sin embargo las complicaciones tempranas se presentan en un porcentaje 32.3% en nuestra población de estudio. Este porcentaje de complicaciones pudiese disminuirse si se incluyera una valoración preoperatoria para la proyección del sitio de salida del estoma por el servicio de enfermería dedicados a la atención y cuidados del estoma.

## Referencias

1. Takeshi Takahashi. Colon, Recto y Ano. Enfermedades medicoquirúrgicas. México, DF: Editores de Textos Mexicanos, 2002, 670p.
2. Michael J Zinner. Operaciones Abdominales Maingot. (10ª edición) 2 tomos. Argentina, Editorial Panamericana 1998, T1. 1045 p. T2.1011 p.
3. Fischer, Josef E. Mastery of Surgery, Fifth edition. Lippincott Williams & Wilkins.2007. Tl. 2875p. T II. 2626p.
4. H Brendan Devlin. Colostomy. Indications, management and complications. Ann. Roy. Coll. Surg. Engl. 1973, vol. 52
5. Brian R Kann. Early Stomal Complications. Clinics in colon and rectal Surgery. Volume 21, Num 1, 2008.
6. Da Harris, D Egbeare, S Jones et al. Complications and mortality following stoma formation. Ann R Coll Surg Engl 2005; 87:427-431.
7. Marc I Brand, M.D. and Nadav Dujovny, M.D. Preoperative Considerations and Creation of Normal Ostomies. Clinics in Colon and Rectal SurgeryVolume 21 Number 1 2008.
8. Sanderson E. Henri Hartmann and the Hartmann Operation. Arch Surg 1980; 115: 792-3.
9. Whiston RJ, Armitage NC, Wilcox D, Hardcastle JD. Hartmann's procedure; an appraisal J. R. Soc Med 1993; 86:205-208.
10. Auguste LJ, Wise L. Surgical Management of perforated diverticulitis. Am J Surg 1981; 141: 122-7.
11. Anthony Yuen Bun Teoh, Chi Ming Poon, Janet Fung Yee Lee. Outcomes and Predictors of Mortality and Stoma Formation in Surgical Management of Colonoscopic Perforations. Arch Surg. 2009; 144 (1): 9-13.

12. Vasileios Trompetas. Emergency management of malignant acute left –sided colonic obstruction. *Ann R Coll Surg Engl* 2008; 90: 181-186.
13. Kann BR, Cataldo TC. Early Stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2002; 15:191-198.
14. Park JJ, Del Pino A, Orsay CP, et al. Stoma complications the Cook County Hospital experience. *Dis Colon Rectum* 1999, 42::1575-1580.
15. Pearl RK, Prasad LM, Orsay CP, et al. Early local complications from intestinal stomas. *Arch Surg* 1985; 120: 1145-1147.
16. Duchesne JC, Wang Y, Weintraub SL, Boyle M , Hunt JP. Stoma complications: a multivariate analysis. *Am Surg* 2002; 68: 961-966.
17. Porter JA, Salvati EP, Rubin RJ, Eisenstat TE. Complications of colostomies. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 299-303.
18. Mahjoubi B, Moghimi A, Mirzaei R, Bijari A. Evaluation of the end colostomy complications and the risk factor influencing them in Iranian patients. *Colorectal Dis* 2005; 7: 582-587.
19. Bass EM, Del Pinto A, Tan A, Pearl RK, Orsay CP, Abcarian H. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum* 1997; 40:440-442.
20. Feinberg SM, McLeod RS, Cohen Z. Complications of loop ileostomy. *Am J Surg* 1987; 153:102-107.
21. Greenstein AJ, Dicker A , Meyers S, Aufses AH. Peri-ileostomy fistulae in Crohn’s disease. *Ann Surg* 1983; 197: 179-182.
22. Wm. Perrin Nicolson, Jr. A controllable Cecostomy. *Ann Surg* 1937:105 : 878-880.