

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

*ESTOMAS INTESTINALES, INDICACIONES, SEGUIMIENTO Y RESULTADOS EN EL SERVICIO  
DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO, EN EL AÑO 2013.*

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD**

**EN**

**CIRUGÍA GENERAL**

**PRESENTA**

**DR. AZAHED BONILLA BRISEÑO**

**ASESOR**

**DR. JUAN SÁNCHEZ MORALES**

**MÉXICO D.F.**

**NOVIEMBRE DE 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# HOJA DE AUTORIZACION DE FIRMAS

**Dr. Carlos Viveros Contreras**

Jefe de Enseñanza e Investigación

**Dr. Javier García Álvarez**

Profesor titular del Curso Universitario en Cirugía General

**Dr. Juan Sánchez Morales**

Asesor de Tesis

## DEDICATORIA

- A mis padres, por su amor y apoyo incondicional en cada una de las etapas de mi vida.
- A mis hermanos.
- A mis maestros, por su dedicación, apoyo y enseñanzas. En especial al Dr. Javier García Álvarez.
- A mis amigos y compañeros.

## INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	10
4. JUSTIFICACIÓN.....	10
5. OBJETIVOS.....	11
6. HIPOTESIS.....	11
7. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	11
8. DISEÑO DE ESTUDIO.....	11
9. MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	12
11. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.....	12
12. VARIABLES.....	12
13. RESULTADOS.....	14
14. CONCLUSIONES.....	21
15. BIBLIOGRAFÍA.....	22

## 1. INTRODUCCIÓN

El sufijo *ostomía* proviene etimológicamente de la palabra griega *estoma*, que quiere decir boca. La historia de las colostomías e ileostomías ha sido en parte paralelo al desarrollo de la cirugía, desempeñando un papel crucial en la salud y en especial en la terapéutica (1).

Un estoma intestinal es una abertura quirúrgica del intestino en la pared abdominal (2).

A su curso natural, la mortalidad por peritonitis generalizada y necrosis mesentérica es del 100%, por ésta razón, el tratamiento de las lesiones intestinales mediante resección y creación de un estoma ante la presencia de sepsis residual, isquemia, desnutrición, etc., resulta el tratamiento de elección o el “estándar de oro”. Las derivaciones son más comunes en padecimientos de urgencia, pero se emplean también en padecimientos programados. Indebidamente se le atribuye una ligereza simpleza técnica y usualmente a ésta parte del procedimiento se le otorga menor atención, debido a ello, las complicaciones pueden ser hasta del 60% en cirugía de urgencia, y hasta 15% en cirugía programada. Como cualquier complicación que requiere solución, mediante una o varias intervenciones, el pronóstico favorable, se reduce significativamente (3).

La derivación al exterior de la corriente intestinal, es una técnica esencial en el aparato digestivo. Es muy posible que los primeros estomas consistieran en fístulas fecales por heridas de guerra, trauma, hernias estranguladas, atresia anorrectal u obstrucción intestinal. Praxágoras de Cos (384-322) fue el iniciador del tratamiento quirúrgico de la obstrucción o trauma intestinal, al llevar a cabo fístulas enterocutáneas mediante punción percutánea con un hierro candente. No se encuentra referencias sobre el tema en los siguientes dieciocho siglos, hasta que Theophrastus Bombastus Von Hohenheim, llamado Paracelso (1491-1541), se declaró convencido de éstos anos artificiales frente a cualquier otra técnica de manipulación de las asas intestinales lesionadas. (1).

Aunque el nunca realizó este procedimiento, Littre introdujo en 1710 la idea de una colostomía como un procedimiento que tenía utilidad clínica (3), recomendó la práctica sistemática de cecostomía inguinal transperitoneal en todos los pacientes con ano imperforado. En 1776 Pillore reportó el caso de una paciente con cáncer obstructivo de sigmoides a la que aplicó éstos principios (1). En 1793 Duret realizó la primer colostomía con éxito en una lactante con ano imperforado (4), el procedimiento fue una colostomía inguinal del lado izquierdo, y el paciente sobrevivió hasta los 45 años. Entre los conceptos iniciales de Duret figuraba colocar una sutura a través del mesocolon para sostener el intestino y evitar así su retracción. La primera colostomía transversa se atribuye a Fine en 1797 en Génova, exteriorizando un asa de intestino y suturando el mesenterio a la piel, descomprimiendo con ello una obstrucción por cáncer recta (1).

Jean Zulema Amussat publicó en 1839 una forma de exteriorizar y abrir el colon sigmoides en la región lumbar izquierda con un abordaje extraperitoneal, buscando evitar la contaminación peritoneal por un estoma inguinal. Van Ercke en 1879 recabó la información de 262 colostomías, de ellas 165 se habían realizado con a técnica de Amussat, y 84 con la técnica de Littré, demostrando que la peritonitis era secundaria a obstrucción prolongada, íleo, invasión bacteriana y caquexia, y no por la apertura del peritoneo. Dando impulso a la técnica transperitoneal,

señalando también las desventajas del abordaje transperitoneal en cuanto a su manejo y cuidados (1).

La primera ileostomía con resección del colon derecho por cáncer, fue realizada en 1879 por Baum en Alemania, el paciente sobrevivió a la ileostomía, pero murió por complicaciones de una segunda operación de anastomosis ileocólica. La ileostomía empezó a practicarse con más frecuencia, debido a la falla de la cecostomía y apendicostomía en pacientes con colitis ulcerosa (1).

En 1881, Schitininger descubrió la creación de una colostomía terminal y un muñón distal suturado. Y en 1879 y 1880, Gussenbauer describió una colostomía terminal con cierre del extremo superior del muñón rectal. Estas operaciones son las precursoras del procedimiento que Henry Hartmann describió en Francia en 1923. En 1887, Allingham ejecutó seis colostomías inguinales, concluyendo que los resultados en éstas, eran superiores a las lumbares. La técnica de colostomía en asa sostenida por un tubo, fue detallada por Karel Maydl en 1888, la innovación fue exteriorizar un asa sostenida en su mesenterio, con el objetivo de evitar la retracción intestinal. A. Maydl también se le atribuye la primera resección exitosa de un cáncer de colon, con derivación de la corriente intestinal mediante una ileostomía, ya que el paciente sobrevivió y se recuperó totalmente (1).

En 1912 las ileostomías se drenaban por medio de un catéter, el estoma protruía de 5 a 7 centímetros y no se maduraba, por lo que causaba gran inflamación de la serosa, cicatrización y estenosis. Se atribuye a David Howard Patey la maduración inmediata del estoma desarrollada en 1952, y Turnbull, el que la ileostomía se evirtiera y se fijara con puntos de sutura mucocutáneos (1).

Las cecostomías e ileostomías se dividen en temporales y permanentes. Los temporales están indicados en enfermedades benignas inflamatorias, hemorrágicas, isquémicas, obstructivas, infecciosas, o por perforación de viscera hueca. Las permanentes están indicadas generalmente en patología maligna que involucra el colon y el recto, así como en patología benigna en la que no se contempla el cierre de estoma, como en proctitis pos radiación, fístula rectovaginal, incontinencia anal, enfermedad diverticular del colon, trauma anal o fístula anal compleja (1, 5, 6, 7).

Pueden ser en asa o terminales. Los estomas en asa son generalmente temporales, teniendo como desventaja que no es 100% derivativa. Los estomas terminales son utilizados como parte de una resección abdominoperineal o del procedimiento de Hartman. Para garantizar una buena función del estoma y evitar complicaciones postoperatorias, se deben aplicar principios elementales, como son: que no haya tensión del asa derivativa, para prevenir retracción o invaginación; evitar la torsión al exteriorizarla para fijarla a la pared abdominal; mantener una buena irrigación para evitar isquemia o necrosis, y cerrar la brecha mesentérica con el asa intestinal exteriorizada para evitar una hernia (1).

La realización de una estoma es la parte de una operación a la que en muchas ocasiones se le da menos importancia, ya sea por considerarse un procedimiento menor, o elaborarse como parte final de los procedimientos quirúrgicos a los que fue sometido a un paciente, momento en que el cirujano se encuentra agotado física y mentalmente, deja su realización a otro de los miembros del equipo quirúrgico, que no tiene siempre, la misma capacidad y experiencia; también el tedio y la premura por terminar la intervención, puede la subestimación de algunos posibles cambios en

la coloración del estoma, que en el postoperatorio seguramente progresan hasta la necrosis. Estas son algunas de las razones por las que hasta un 30% de los pacientes a los que se les practica un estoma, presentan alguna complicación relacionada con el procedimiento (8).

Cada tipo de estoma se asocia a un particular espectro de complicaciones, pero algunos problemas son comunes a todos los estomas intestinales. Una de las complicaciones comunes es la destrucción de la piel periestomal, que usualmente se produce por una ubicación o construcción inadecuada del estoma; además de maceración e inflamación aguda de la piel, puede aparecer una hiperplasia pseudoepiteliomatosa en el borde mucocutánea de las ostomías sujetas crónicamente a bolsas que no se adaptan de manera correcta. Una de las complicaciones difíciles de manejar, sobre todo en el paciente obeso, es la localización inapropiada del estoma, que impide mantener sellada la bolsa de ostomía. Un problema serio se presenta en los pacientes con hipertensión portal, debido a que la creación del estoma, origina el desarrollo de un cortocircuito portosistémico y la formación de várices de la piel periestomal. Otro problema común incluye la necesidad de tener precauciones con la medicación, en especial con los medicamentos de liberación intestinal, que pueden pasar sin absorberse a través de un tubo digestivo corto. Los laxantes pueden tener un efecto devastador sobre los pacientes que no tienen un colon o que tienen una colostomía proximal. El paciente ostomizado, en algunos casos presenta dificultades crónicas en el mantenimiento de un balance hidroelectrolítico, y los diuréticos pueden ser especialmente difíciles de manejar. La preparación intestinal usual previa a un estudio intestinal diagnóstico, debe ser modificada en los pacientes con estomas intestinales (2).

La elaboración adecuada de una estoma es fundamental para lograr su aceptación por el paciente, así como adaptación al mismo y la rehabilitación. Tomando en cuenta que muchas de las complicaciones están relacionadas con errores técnicos durante la creación del estoma, se recomienda que antes de efectuar cualquier tipo de estoma, se tomen en cuenta los siguientes lineamientos:

1. Los estomas deben estar alejados de las crestas iliacas, los bordes costales, la cicatriz umbilical, la sínfisis del pubis, la línea del cinturón y de los pliegues, surcos, cicatrices de la piel.
2. Debe existir un radio de 5 cm de piel sana alrededor del estoma.
3. Se debe tomar en cuenta el tipo de estoma a realizar.
4. Si se va a construir más de un estoma, nunca deberán colocarse dos estomas funcionales en el mismo lado del abdomen, ni a la misma altura, aunque estén en posiciones contralaterales.
5. Deberá tomarse en cuenta la forma del abdomen, ya que éste tiende a cambiar cuando el paciente se encuentra de pie, sentado o acostado. El sitio seleccionado debe permitir al paciente el uso del dispositivo para ostomía en las tres posiciones.
6. El estoma debe ser visible por el paciente. En pacientes obesos no deben colocarse estomas en la porción inferior del abdomen; en dichos pacientes, el estoma se ubicara en la parte superior del abdomen.
7. Si no existe alguna contraindicación, los sitios más adecuados para instalar un estoma, son los cuadrantes inferiores derecho e izquierdo del abdomen.
8. Si existela posibilidad de radioterapia abdominal post operatoria, el estoma deberá colocarse en un sitio fuera del campo a radiar.

9. Cuando se desea una desviación completa del contenido intestinal, es mejor utilizar estomas terminales.
10. Si se deja una fístula mucosa, ésta deberá colocarse muy alejada de la colostomía o ileostomía.
11. Los estomas permanentes deberán ser únicos, y tratar de elaborarlos, lo más distal posible.
12. Madurar los estomas en la misma intervención quirúrgica en que se elaboran.
13. Nunca deberá colocar drenajes por debajo del estoma funcionante, ya que puede haber escurrimientos hacia la cavidad abdominal con la consecuente formación de abscesos.

#### Tipos de colostomía, según la localización anatómica.

Tradicionalmente el tipo de colostomía se ha categorizado por la parte del colon utilizada en su confección.

El tipo más común se denomina colostomías sigmoidea terminal. Sin embargo, si se liga la arteria mesentérica inferior durante una operación de cáncer de recto, el riego sanguíneo al colon sigmoideo ya no es seguro, y no se debe utilizar en la construcción de un estoma. Por lo tanto es preferible una colostomía descendente terminal, a la sigmoidea terminal. Otros tipos de estomas colónicos incluyen la colostomía transversa y la cecostomía. Se debe tomar en cuenta la fisiología del colon cuando se considera la realización de una ostomía. El lado derecho del colon absorbe agua y tiene contracciones peristálticas irregulares, los estomas realizados con la mitad proximal del colon, usualmente expelen contenido líquido. El colon izquierdo sirve como un conducto y reservorio, tiene poco movimiento peristáltico en masa por día y el contenido es más sólido (2).

#### Tipos de colostomía, según la función.

De acuerdo a la función que debe cumplir una colostomía, se dividen en dos rubros, colostomías descompresivas y colostomías de derivación.

Colostomías descompresivas:

1. Blow-hole (cráter de bomba) que se realiza en ciego o colon transverso.
2. Cecostomía sobre tubo.
3. Colostomía transversa en asa.

Colostomías de derivación:

1. Colostomías terminal proximal con componente distal en fístula mucosa.
2. Colostomía terminal proximal con cierre distal en operación de Hartmann.

#### Colostomías descompresivas:

Cecostomías o transversostomía en cráter de bomba: se debe realizar sólo en ocasiones limitadas, debido a su difícil manejo posoperatorio, reservándose para pacientes con enfermedad aguda que presenten una distensión masiva del colon, con peligro inminente de perforación; esto se ve más a menudo en el cáncer obstructivo distal, o en síndromes pseudoobstructivos en pacientes de edad avanzada o inmunocomprometidos. Debido a que estas operaciones se realizan de urgencia y a que el abdomen se encuentra distorsionado por la distensión abdominal, el sitio de elección es

sobre el ciego dilatado. La desventaja de este método es que no se puede evaluar otros segmentos del colon en busca de una potencial necrosis isquémica secundaria a la dilatación masiva. No es infrecuente encontrar una inflamación significativa en la pared abdominal, alrededor de los estomas, y después de algunas semanas puede ocurrir un prolapso.

Cecostomía sobre tubo: La ventaja de este estoma es que presenta menos tendencia ala prolapso. La principal desventaja es que el tubo generalmente se bloquea con materia fecal, drena en forma precaria y en ocasiones hay filtrado de materia fecal en la periferia del drenaje.

Colostomía transversa en asa: Estos estomas se confeccionan por razones similares a las descritas para los estomas en cráter de bomba, y para proveer una derivación temporal destinada a proteger las anastomosis distales complicadas.

#### Colostomías de derivación

Las colostomías de derivación sólo se pueden construir seccionando el colon completamente. Cuando esto se realiza, el extremo proximal se superficializa como una colostomías terminal y el componente distal, o bien, se superficializa como una fístula mucosa o se deja en la cavidad peritoneal con cierre en operación de Hartmann.

La construcción de una fístula mucosa es necesaria si existe el riesgo de obstrucción distal. Si se cierra el componente distal y se abandona en la cavidad peritoneal, se debe fijar a la aponeurosis en el extremo inferior de la incisión, de tal manera que proporcione un acceso sencillo en caso de que el extremo cerrado deba convertirse en una fístula mucosa (2).

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las complicaciones intrabdominales, cuya etiología pueden ser la perforación de una víscera hueca, inflamación intestinal, dehiscencia anastomótica y necrosis del intestino delgado o grueso, son de los cuadros más graves a los que se puede enfrentar el cirujano, y para su manejo en muchas ocasiones se requiere de la interrupción de la continuidad del aparato digestivo, mediante la creación de un estoma, dando paso con ello, a la resolución del proceso séptico o isquémico, y disminuir con esto la morbilidad y mortalidad.

## **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las indicaciones y los resultados de los estomas de intestino delgado y colon, realizados en el servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México?

## **4. JUSTIFICACIÓN**

En la actualidad, el uso de un estoma intestinal sigue siendo una herramienta valiosa para el cirujano, en muchos padecimientos agudos que requieren de la derivación del contenido intestinal de una forma temporal. Pero de ésta procedimiento, pueden derivarse varias complicaciones, así también se pueden presentar durante la restitución del tránsito intestinal.

En series publicadas por Stothert et al, 41 pacientes fueron llevados a cirugía de urgencia con formación de un estoma. Seis fallecieron y 19 presentaron complicaciones mayores o menores. Entre las mayores destacan abscesos intrabdominales o periestomales, necrosis del estoma, hernia periestomal. Los autores reafirman la necesidad de usar una técnica depurada para evitar complicaciones.

En 100 de los pacientes de la serie de Hines y Harris, la colostomía fue cerrada en forma subsecuente. Hubo una muerte y 17 pacientes presentaron complicaciones. Se produjo hernia incisional en siete, obstrucción en cuatro e infección en dos. Varnell y Pemberton señalaron una tasa mucho mayor de complicaciones (43.5%). El procedimiento de Hartmann conlleva una frecuencia significativamente mayor de ellas que la colostomía en asa. Casi dos tercios de las complicaciones fueron consecuencia de infección.

En el servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México, es frecuente recibir pacientes muy graves, que requieren una laparotomía exploradora de urgencia, y a muchos será necesario realizar un estoma intestinal, por lo que en nuestro estudio se revisan las indicaciones de los estomas realizados, así como sus complicaciones, seguimiento y restitución intestinal de los mismos (9).

## **5. OBJETIVO GENERAL**

Investigar, cuáles fueron los padecimientos tributarios de los estomas de intestino delgado y colon, determinar qué tipo de estoma o estomas se realizaron, conocer que evolución tuvieron los pacientes, y documentar los resultados de la o las intervenciones quirúrgicas realizadas.

### **5.1. OBJETIVO ESPECÍFICO**

Conocer las causas y los resultados de los estomas de intestino delgado y colon, realizados en el servicio de Cirugía General de tercer nivel de atención.

## **6. HIPÓTESIS**

El estudio es descriptivo, por lo que no hay hipótesis nula ni alterna.

## **7. TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Todos los pacientes a los que se realizó estomas de intestino delgado y colon por primera vez en el servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013.

## **8. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Retrospectivo, descriptivo y observacional.

## **9. MATERIAL Y MÉTODOS**

Pacientes operados en el servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México, en el años 2013, a los cuales se les realizó algún estoma intestinal.

## **10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- 1.- Pacientes a los que se realizó estoma de intestino delgado y colon por primera vez, en el servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México.
- 2.- Durante el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013.
- 3.- Edad a partir de los 16 años.
- 4.- Ambos sexos.
- 5.- Expediente clínico completo.

## **11. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN**

- 1.- Pacientes a los que se realizó estoma de intestino delgado o colon en otra unidad.
- 2.- Edad menor a 16 años.
- 3.- Expediente clínico incompleto.
- 4.- Expediente clínico no localizable.

## **12. VARIABLES**

### Cualitativas con niveles de medición nominal.

- Cirugía de urgencia:  
Cirugía urgente, realizada por enfermedad aguda que compromete la vida.
- Cirugía programada:  
Cirugía programada por enfermedad crónica.
- Sexo:  
Masculino y femenino
- Diagnóstico preoperatorio:  
Patología, por la cual es intervenido quirúrgicamente el paciente, para la realización de estoma.
- Hallazgos transoperatorios:  
Los hallazgos quirúrgicos durante la cirugía.
- Tipo de estoma realizado:  
Nombre de la técnica realizada para la exteriorización del intestino.

- Complicaciones del estoma:  
Complicación local o intrabdominal del asa intestinal exteriorizada.
- Motivo de re intervención quirúrgica:  
Padecimiento que motivó la re operación del paciente.
- Complicaciones médica:  
Complicaciones presentadas durante su estancia hospitalaria.
- Causa de mortalidad:  
Causa de mortalidad del paciente.

Cuantitativas con niveles de medición escalar.

- Edad:  
La edad en años.
- Días de estancia hospitalaria:  
Los días que permaneció el paciente hospitalizado.
- Numero de ostomías:  
Número de estomas realizados a cada paciente.
- Número de re intervenciones quirúrgicas:  
Número de cirugía extras realizadas, relacionadas con la primer operación del paciente.

### 13. RESULTADOS

El total de pacientes localizados en los censos de Cirugía General del Hospital Juárez de México en 2013, a los cuales se les realizó un estoma de intestino delgado o colon, fueron 49, de los cuales se eliminaron a 7 por no localizarse los expedientes.

De los pacientes incluidos, 19 eran pacientes femeninos y 23 masculino (gráfica 1)



INTERVALO DE EDAD: 29 y 89 años

MODA: 51, 76 años

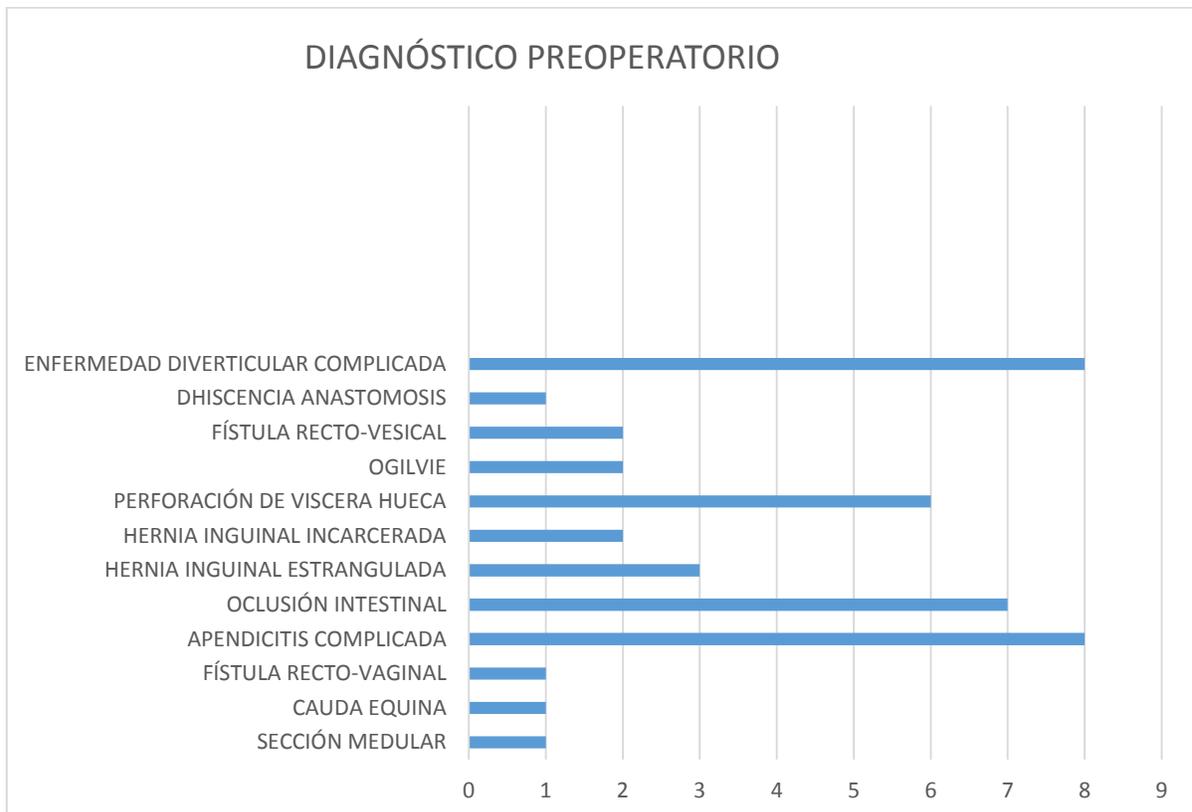
MEDIA: 56.71 años

MEDIANA: 55 años

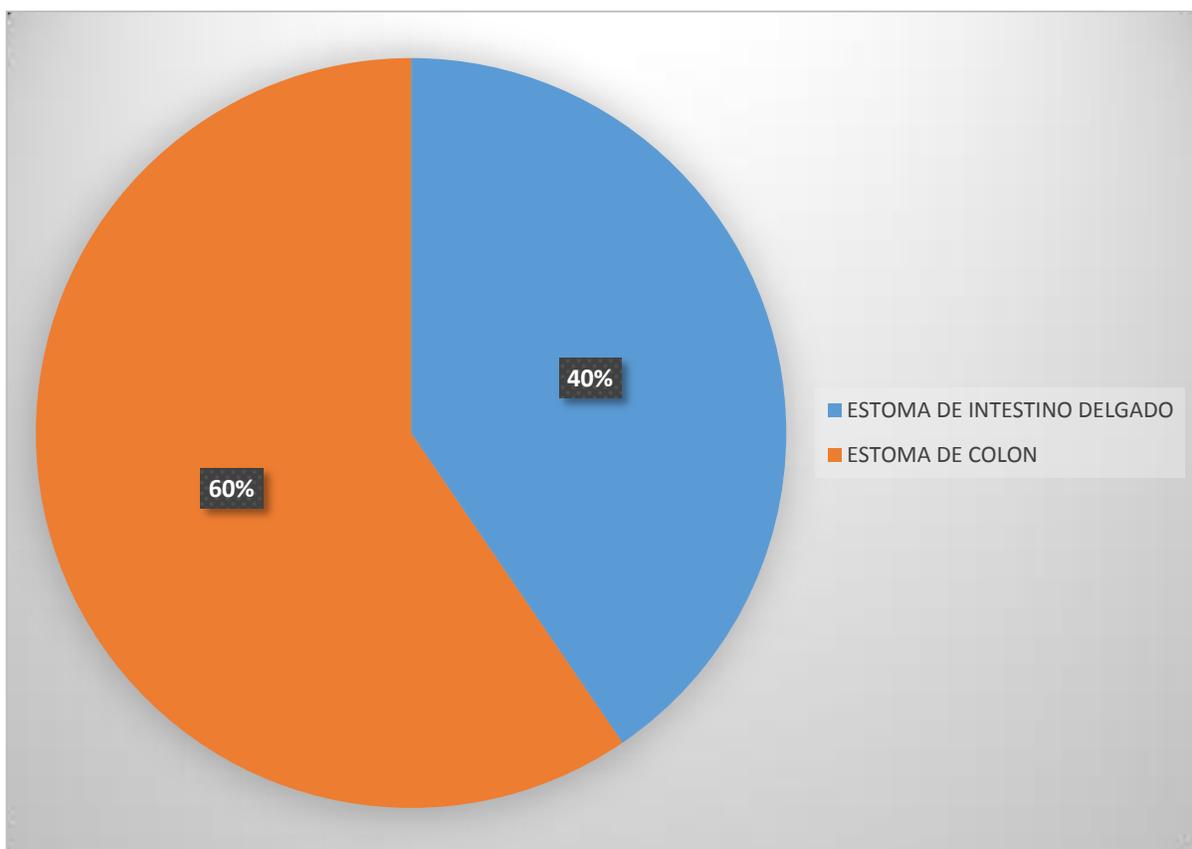
Las cirugías de urgencias fueron 39, contra 3 programadas (gráfica 2).



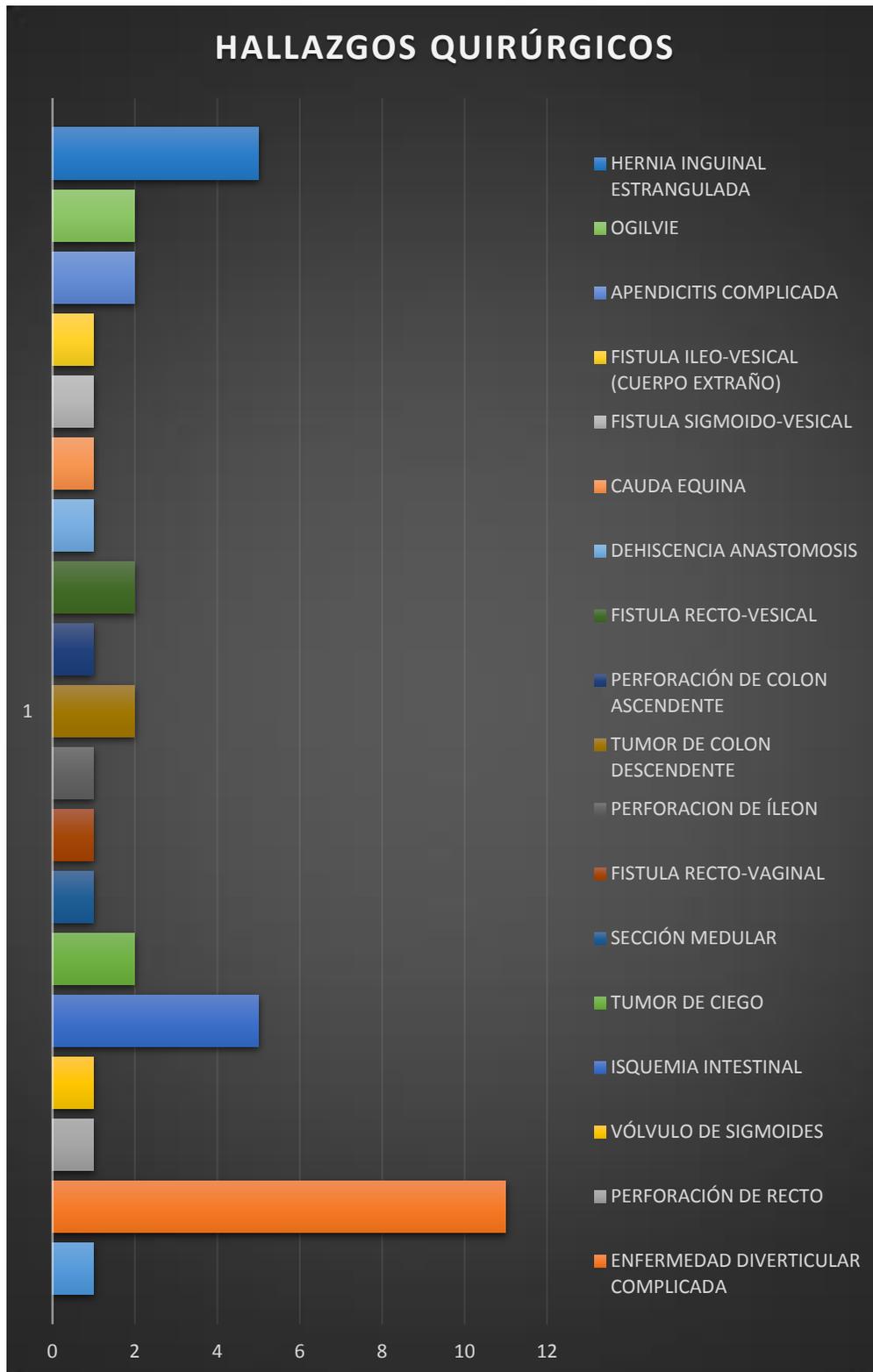
Los diagnósticos preoperatorio se describe en la siguiente gráfica (gráfica 3).



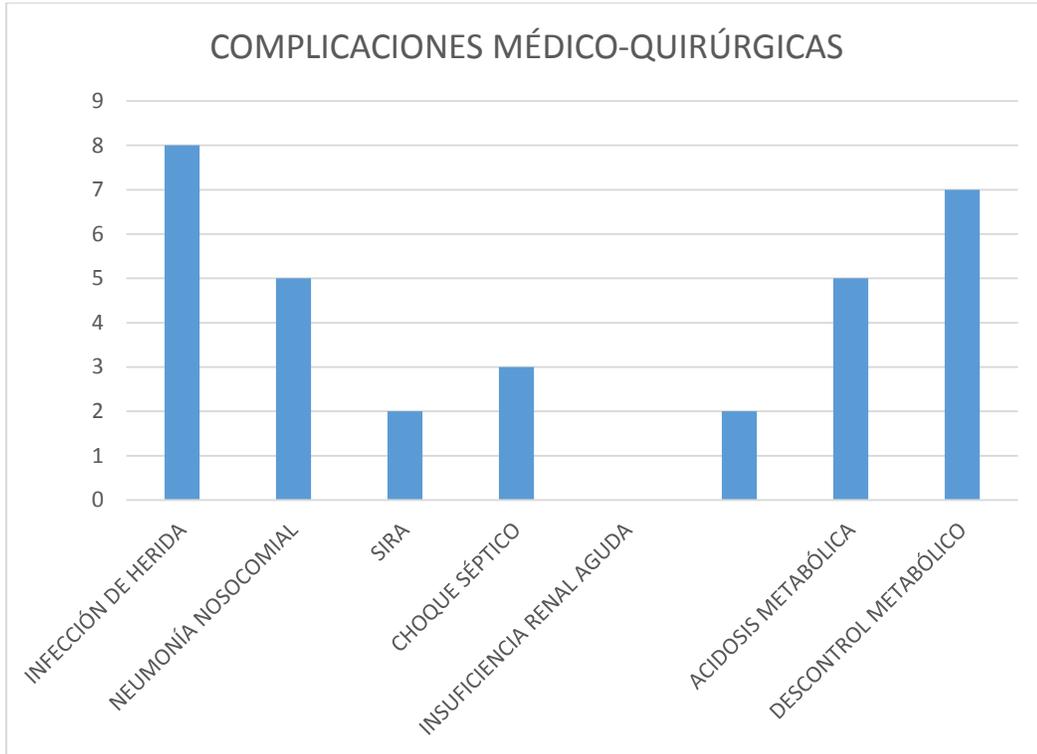
Los estomas en intestino delgado se hicieron en el 40% y el resto en colon (gráfica 4).



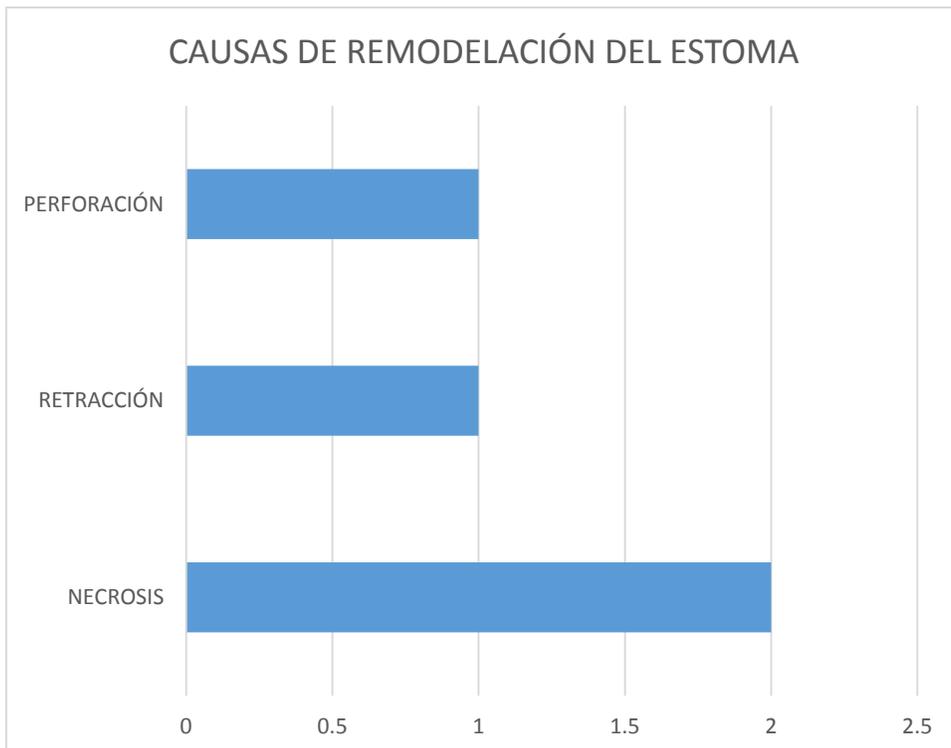
Los hallazgos quirúrgicos e indicaciones por las cuales se realizó un estoma en cada paciente, se muestran a continuación (gráfica 5).



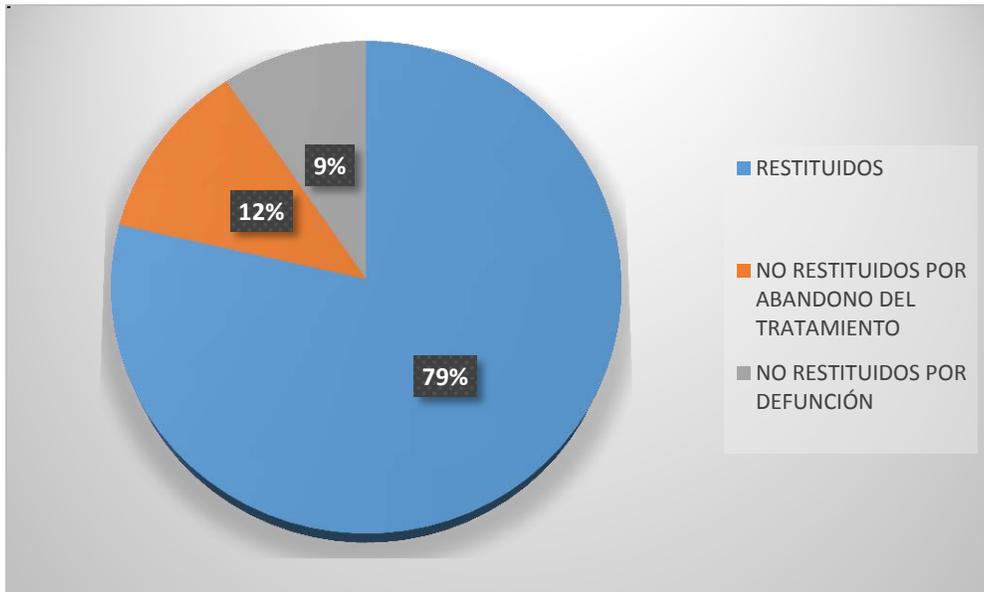
Presentación de complicaciones médico-quirúrgicas (gráfica 6).



Causas de remodelación del estoma en 4 pacientes (gráfica 7).



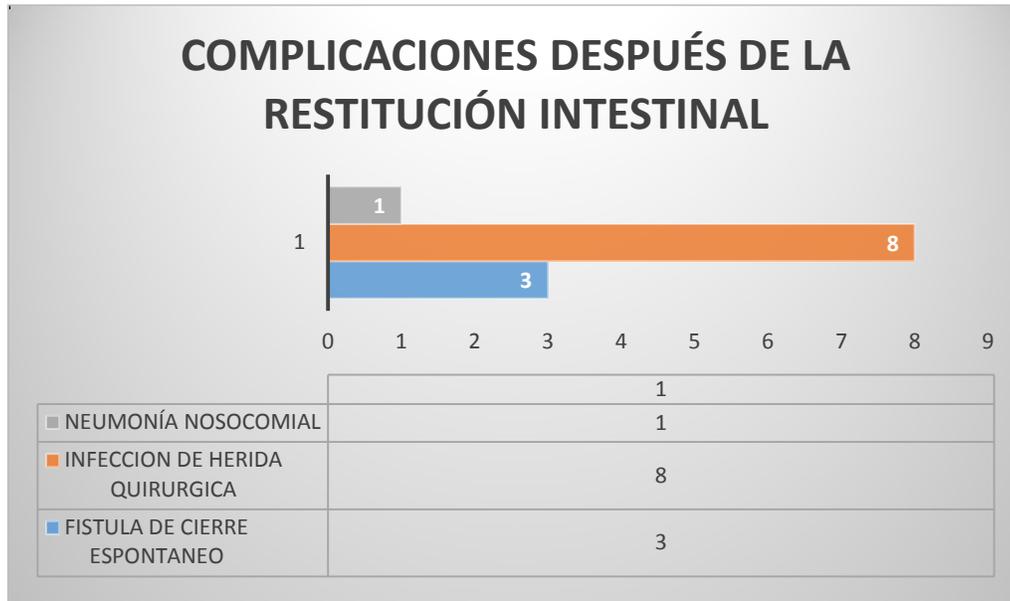
Del total de los pacientes incluidos en la revisión, el 79% fueron restituidos (gráfica 8).



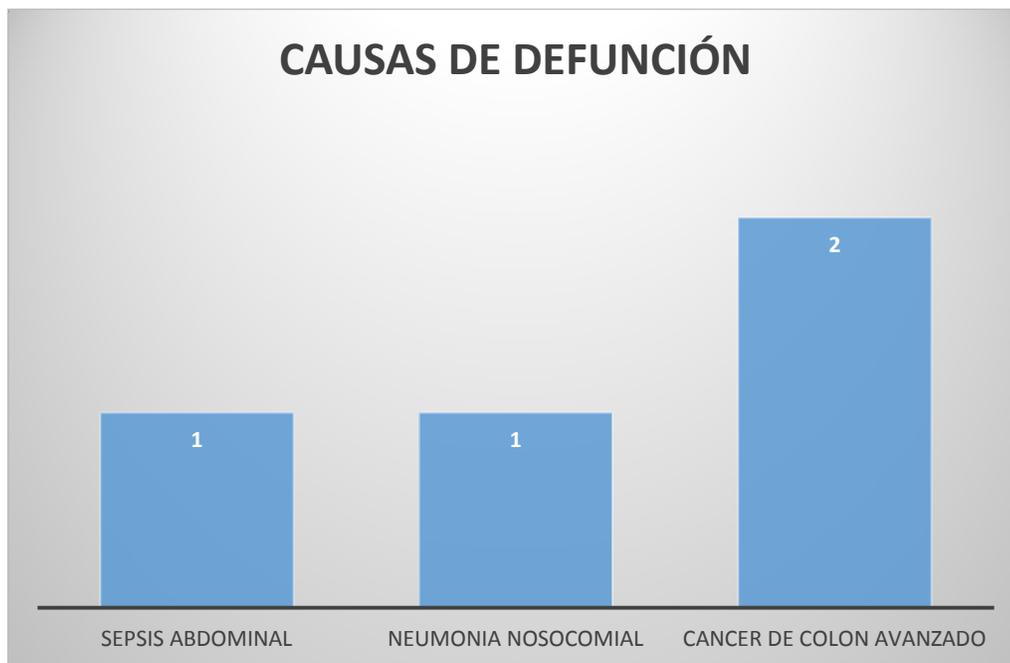
La restitución del tránsito intestinal en los pacientes fue de entre 10 semanas, hasta las 48 semanas posterior a la realización del estoma, con un promedio de 23 semanas (gráfica 9)



Complicaciones que se presentaron en los pacientes restituidos, fueron las siguientes (gráfica 10).



De los pacientes incluidos, cuatro fallecieron durante el seguimiento (gráfica 11)



#### **14. CONCLUSIONES**

Los pacientes a quienes se realizó un estoma, fue para mantener control del flujo del contenido intestinal, tanto del intestino delgado, como del colon, permitiendo con esto, la recuperación de los tejidos intrabdominales, así como ayudar a la limitación del proceso séptico.

Así también hay que recalcar que un estoma mal realizado, puede dar pie a complicaciones como: isquemia, retracción o perforación del mismo, como encontramos en nuestra serie.

Además hay que recordar que un estoma, requerirá forzosamente otra cirugía, si se quiere restablecer nuevamente el tránsito intestinal normal, con lo cual se pueden presentar complicaciones, siendo la más temible, fuga, dehiscencia o fistula de la anastomosis.

Un estoma es una herramienta muy importante para el cirujano, sobre todo en padecimientos agudos que comprometen la continuidad del tránsito intestinal, con lo que temporalmente se puede controlar el flujo intestinal a través de un orificio en la pared abdominal. Y se realiza la restitución de tal tránsito, una vez que el padecimiento que causó que al paciente se le hiciera tal estoma, esté completamente remitido.

## 15. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Charúa GL. ASPECTOS ANECDOTICOS E HISTORICOS DE LAS ILEOSTOMÍAS Y COLOSTOMÍAS. Rev Med Hosp Gen Mex 2006; 69 (2): 113-118. Núñez GMA.
- 2.- Zinner MJ. Schwartz SI. Ellis H: MAINGOT, OPERACIONES ABDOMNALES. 10ª Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana, 1998: 589-421.
- 3.- Marroquín GRM. Durán RO. COMPLICACIONES DE LAS ENTEROSTOMÍAS. REVISION DE 267 ESTOMAS. Cir Gen 2001; 3 (23): 148-153.
- 4.- Leif AI. HERNIAS PARAESTOMALES. Clin Quirur N Am 2008; 88: 113-125.
- 5.-Brandt LJ. Boley SJ. ISQUEMIAS DEL COLON. Clin Quirur N Am 1992; 1: 191-215.
- 6.- Rodríguez WU. Domínguez F. INDICACIONES DE COLOSTOMÍA EN LA GANGRENA DE FOURNIER. Rev Hosp Jua Mex. 2004; 71 (3): 120-123.
- 7.- Jiménez BB. Santillán RJH. Idhaly LC y cols. UTILIDAD DE LA COLOSTOMÍA EN LA GANGRENA DE FOURNIER Y SU VALOR PREDICTIVO DE MORTALIDAD. Cir Gen 2008; 30 (3): 141-148.
- 8.- Aguirre RR. Garza VL: TRATADO DE CIRUGÍA GENERAL. 1ª edición. Ciudad de México. Manual Moderno, 2003; 891-895.
- 9.- Takahashi MT: COLON, RECTO Y ANO. 1ª edición, México D.F., Editores de Textos Mexicanos, SA de CV, 2002; 38, 579-580.