

Colostomías e Ileostomías: 8 años de experiencia clínica

Gunther Bocic A., Christian Jensen B., Mario Abedrapo M., Rogelio Garrido C., Guillermo Pérez O., Aldo Cúneo Z.

Resumen

Se presentan 8 años de experiencia de la Unidad de Coloproctología, en el manejo y posterior cierre de las colostomías e ileostomías, para un total de 132 pacientes.

El grupo tiene una edad promedio de 53 años, con leve predominio del sexo femenino (54,9%).

La mayoría corresponde a colostomías (83,4%) y dentro de éstas la más frecuente fue la ubicada en sigmoides. La más utilizada fue la de tipo terminal (70,5%).

Un 14,3% de éstas permaneció como definitivas, cifra similar para aquellas ubicadas en ileon y en colon.

Las complicaciones de las ostomías tuvieron una incidencia de un 12,1%, el prolapso y la hernia fueron las más frecuentes.

Las patologías de mayor incidencia que condicionaron la ostomía fueron la Enf. Diverticular complicada

(23,4%) y las neoplasias (21,9%).

La reconstitución del tránsito se realizó como promedio 24 semanas después, con una morbilidad de un 36,2% y una mortalidad de un 1,7%.

Se puede apreciar que la ostomía es solo el inicio de un largo periodo de seguimiento del paciente, que no está exento de morbilidad y mortalidad.

Summary

In this paper the experience concerning the management and posterior closure after colostomy and ileostomy is presented.

The most frequent ostomy correspond to terminal colostomy located on the sigmoid segment.

Complication reach to 12%. The causes for the indication were diverticular disease. The restablishment on the bowel was performed after 24 weeks.

Morbidity and mortality was observed in 36.2% and 1.7% respectively.

Introducción

La ostomía es el proceso de abocamiento de un órgano hueco hacia el exterior. En el siglo 18 se describieron por primera vez, y desde entonces la técnica quirúrgica ha sufrido muy pocas variaciones (1).

La colostomía tuvo especial desarrollo durante la segunda guerra mundial, demostrando en esa oportunidad su utilidad en reducir la morbilidad y por sobre todo la mortalidad en pacientes con lesiones traumáticas de colon (1).

Unidad de
Coloproctología
Departamento de Cirugía
Hospital Clínico
Universidad de Chile

La ileostomía fue descrita por primera vez por R. Castell en 1941 y en 1952 B. Brookes describió la técnica que se utiliza hasta hoy (2, 3, 4).

El objetivo del presente trabajo es presentar la experiencia de la Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en el manejo, seguimiento y cierre de las colostomías e ileostomías.

Material y Método

Basados en protocolo se realiza revisión retrospectiva de pacientes portadores de colostomías o ileostomías, desde que fueron construidas hasta el cierre de éstas. El período se extiende entre Enero de 1991 y concluye en Diciembre de 1998, logrando reunir un total de 132 pacientes.

Solamente fueron incluidos en el presente trabajo aquellos pacientes en los cuales se dejó colostomía e ileostomía por primera vez, analizando la evolución del ostoma, sus complicaciones, si fueron sometidos a reconstitución del tránsito y el periodo post-operatorio hasta 6 meses posterior al cierre.

Se definió como ileostomía cuando el segmento exteriorizado corresponde a la porción distal del intestino delgado y la colostomía si dicho segmento era de intestino grueso. Además en las colostomías se asignó nombre propio, de acuerdo a la porción del colon que fue abocada (Cecostomía, Transversosotomía y Sigmoidostomía).

Todos los pacientes fueron sometidos a estudio del colon residual con Enema Baritado o Colonoscopia y del aparato esfinteriano con Manometría anorrectal, previo a la reconstitución del tránsito.

La preparación pre-operatoria se llevó a cabo desde 72 horas antes con régimen líquido, Metronidazol 500 mg y Neomicina 1 g ambos vía oral en una sola dosis y Sulfato de Magnesio 30 g vía oral; 48 horas antes con régimen hídrico, repitiendo los antibióticos en las mismas dosis pero cada 8 horas, el Sulfato de Magnesio también se repite en una sola dosis. El

día de la cirugía el paciente fue llevado a pabellón con sonda folley y se administraba 1 g de cefazolina. En relación a la técnica de la reconstitución si fue manual se realizó con sutura en un solo plano y material reabsorbible (Vycril) o bien mecánica con stapler circular números 28 o 31.

Resultados

De los 132 pacientes el 45,1% eran hombres. La edad promedio fue de 53 años, con un rango entre los 13 y los 81 años.

Un 83,4% correspondieron a colostomías. En relación al tipo de ostomía las más frecuentes fueron la sigmoidostomía en un 58,3% y la Transversosotomías en un 23,5% (Tabla N°1).

Tabla N° 1

Tipo de Ostomía. n=132

Tipo	Número	Porcentaje
Sigmoidostomía	77	58,3
Transversosotomía	31	23,5
Ileostomía	22	16,6
Cecostomía	2	1,6
Total	132	100

El 70,5% correspondieron al tipo terminal y las restantes ostomías a las en asa.

Las patologías más frecuentes que motivaron el realizar la ostomía fueron la Enf. Diverticular complicada en el 23,4% y la Neoplasia en el 21,9% (Tabla N° 2).

Tabla N° 2.

Patología de base que motivo la Ostomía. n=132

Patología	Número	Porcentaje
Enf. Diverticular complic.	31	23,4
Neoplasia	29	21,9
Obt. Intestinal asa necrosada	14	10,6
Yatrogenia	11	8,3
Trauma	9	6,8
Enf. Fournier	9	6,8
Colitis Ulcerosa	6	4,5
Vólvulos	5	4,1
Otros	18	13,6
Total	132	100

Un 14,3% de las ostomías practicadas nunca fueron sometidas a reconstitución del tránsito. En las ileostomías correspondió al 13,6% y en las colostomías al 14,5% (Figura N°1).

Figura N° 1

Ostomías, evolución como transitorias o definitivas

	Definitivas 3 (13,6%)
Ileostomías 22 (16,6%)	Transitorias 19 (86,4%)
Total 132	
	Definitivas 16 (14,5 %)
	Colostomías 110 (83,4 %)
	Transitorias 94 (85,5%)

Las complicaciones correspondieron al 12,1% (16 pac.), siendo el prolapso la más frecuente (Tabla N° 3).

Tabla N° 3.

Complicaciones de la Ostomía. n=132

Complicación	Número	Porcentaje
Prolapso	7	5,3
Hernias	6	4,5
Dermatitis	1	0,7
Estenosis	1	0,7
Retracción	1	0,7
Total	16	12,1

El tiempo promedio transcurrido hasta la reconstitución del tránsito fue de 24 semanas.

En los 113 pacientes sometidos a reconstitución la técnica usada fue manual en el 82,3% (93 pac.) y en los restantes mecánica.

La morbilidad post-operatoria fue de un 36,2% y la más frecuente fue la infección de herida operatoria (Tabla N° 4).

Tabla N° 4

Morbilidad posterior a la reconstitución del tránsito de la ostomías. n=113

Complicación	Número	Porcentaje
Inf.Hernia op.	18	15,9
Neumonía	7	6,2
Ileo post-operatorio	5	4,4
Deshiscencia anastom.	5	4,4
Inf. Urinaria	3	2,6
Obt. Intestinal	1	0,8
Perf. Ulcera Péptica	1	0,8
TEP	1	0,8
Total	41	36,2

La mortalidad post-operatoria fue de un 1,7% y correspondió a dos casos, un paciente portador de transversostomía y el otro de una sigmoidostomía.

Discusión

La distribución por sexo es bastante variable en las ostomías, en general en las ileostomías predominan los hombres (2, 3) mientras que sucede lo contrario en las colostomías (5, 6, 7).

En lo que se refiere a los grupos etarios también los reportes son muy variables. En aquellos en los que el traumatismo es uno de los factores más importantes, como causa de la construcción del ostoma, es posible observar pacientes jóvenes (8, 9), sin embargo en los con predominio de enfermedades crónicas el grupo etario se desplaza hacia pacientes de mayor edad (10, 11). Pero en general es un procedimiento propio de pacientes entre la quinta y sexta década de la vida, lo que coincide con nuestra experiencia.

Mientras que en los reportes extranjeros es posible observar que la distribución entre ambos tipos de ostomía es muy similar (6, 7), en nuestro país claramente existe un predominio de las colostomías (2, 3,

8). Dicho fenómeno se podría explicar por una menor incidencia de enfermedades inflamatorias, mucho más frecuentes en países anglosajones.

En todas las casuísticas predomina la sigmoidostomía y en segundo lugar se ubica la transversostomía (6-10).

La decisión respecto a realizar una ostomía utilizando la técnica en asa o terminal, está influenciada por el tipo de patología de base y en ocasiones por la experiencia del cirujano. En general no se recomienda dejar in-situ el segmento afectado, puesto que se condiciona de inmediato una tercera cirugía lo que aumenta la morbilidad y mortalidad (1, 12).

En aquellas patologías en las cuales es posible elegir entre una técnica en asa o terminal, como lo demostró Mileski en 1990, no se observan diferencias estadísticamente significativas en la morbilidad y mortalidad al momento de realizar el cierre de la ostomía y dicho procedimiento solo se ve influenciado por factores basales del paciente como son la hipoalbuminemia y el tratamiento corticoidal crónico (13).

Se describe que hasta un 25% de las ostomías permanecerá como definitivas, en nuestra experiencia correspondió al 14%. Llama la atención que de este universo, en al menos un 15% no existen causas médicas para dicho fenómeno, dentro de las razones de este grupo de pacientes se cuentan el temor a una nueva cirugía y aquellos que se pierden del seguimiento⁽¹⁴⁾. Al analizar nuestra experiencia dicha cifra es de un 20%, una explicación para esta mayor incidencia puede ser que además se agregan las razones de tipo económico. Esta situación se debe considerar al efectuar una ostomía y por lo tanto, puede resultar aconsejable, en algunos casos, tratar de efectuar la reconstitución del tránsito en un solo tiempo.

La incidencia de complicaciones del ostoma se sitúa entre un 10 y un 40% siendo las más frecuente el prolapso y la hernia, la primera más común en la

transversostomía y la segunda en las sigmoidostomías, derivados de estas complicaciones hasta un 15% requieren ser re-operadas (6, 10, 11, 12, 14). Estas cifras coinciden con nuestro reporte, cabe hacer notar que en nuestro caso fueron re-operados el 20% de los pacientes.

En relación a las patologías que condiciona dejar una ostomía, todas las experiencias coinciden en mencionar entre las más frecuentes la Enfermedad Divertricular complicada, las neoplasias, el traumatismo, la yatrogenia y las enfermedades inflamatorias; las cinco primeras en las colostomías y la última en ileostomías (2, 4, 6, 8, 10, 11). En esta serie el alto índice de obstrucciones intestinales que se acompañan de compromiso de asa, un 50% es debido a hernias lo que nos debe hacer meditar respecto a la necesidad de educar a los pacientes, para que dicha entidad nosológica sea solucionada de forma electiva.

El tiempo que debe transcurrir hasta la reconstitución del tránsito debe ser superior a las 12 semanas, un período menor condiciona un aumento en la morbilidad y mortalidad post-operatoria debido principalmente la existencia de un fenómeno inflamatorio residual importante condicionado por la patología de base y el acto quirúrgico (8, 12, 14, 15).

Por muy simple que puede parecer el realizar la reconstitución del tránsito, debe ser considerada como cualquier cirugía resectiva de colon y por lo tanto la preparación pre-operatoria resulta fundamental ¿En estos casos se puede observar una disminución significativa en la morbilidad posterior al cierre del ostoma (10, 11, 15).

La morbilidad descrita posterior al cierre, se sitúa dentro de los márgenes habituales, que dan cuenta de una frecuencia entre un 20 y hasta un 60%. En todos los casos la más frecuente resulta ser la infección de herida operatoria (4, 6, 7, 8, 9, 12, 14).

En lo que se refiere a la mortalidad ésta oscila entre 0 y 4%, siendo muy frecuente el fenómeno séptico con falla orgánica múltiple como evento final (2, 3, 6, 8, 9, 10, 13, 15). En nuestra experiencia dicha cifra fue de un 1.7% y correspondió a un paciente reconstituido posterior a una operación de Hartmann que se presentó una úlcera duodenal perforada y a otro portador de transversostomía que evolucionó con una obstrucción intestinal asociada a sepsis irreversible al tratamiento.

La anastomosis mecánica presenta menores índices de morbilidad post-operatoria, conservando los de mortalidad, además se observa una realimentación y alta más precoces (16).

El desarrollo de la técnica laparoscópica en la reconstitución del tránsito, ha permitido una realimentación más precoz, un período de hospitalización más breve y menores índices de morbilidad. Esto es posible de observar en reportes nacionales (17) y extranjeros (18).

Como se puede ver si bien es cierto que una ostomía permite salvar la vida del enfermo siempre se debe considerar que dicho paciente no tiene su problemática totalmente solucionada. Deberá continuar sus controles con: una ostomía que no está exenta de complicaciones, un shock emocional que puede incluso condicionar que de transitoria se haga definitiva, una reconstitución del tránsito que solo se realizará seis meses después y una morbi-mortalidad post-operatoria.

Referencias

1. *Abcarian H, Pearl R.*
"Stomas" *Surg Clin N A* 1988; 68: 1295- 05.
2. *Azolas C, Contador J, Jensen C. et al.*
"Ileostomía: 10 años de experiencia" *Rev Chil Cir* 1990; 42: 33-6
3. *Troncoso P, Martinez J, Rahmer A,*
«Ileostomía en asa: técnica y resultados» *Rev Chil Cir* 1988; 40: 254-9
4. *Martinez J., Rahmer A., Zuñiga A. et al.*
"Ileostomías: indicaciones y resultados" *Rev Chil Cir* 1992; 44: 171-6
5. *Mosdell D, Doberneck R.*
"Morbidity and mortality of ostomy closure" *Am J Surg* 1991; 162: 633-7
6. *Leenen L, Kuypers J.*
"Some factors influencing the outcome of stoma surgery" *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 500-4
7. *Riesener K, Lehnen W, Hofer M. et al.*
"Morbidity of ileostomy and colostomy closure: impact of surgical technique and perioperative treatment" *World J Surg* 1997; 21: 103-8
8. *Castillo O, Raddatz A, Ibañes L. et al.*
"Cierre de colostomías temporales. Experiencia de 128 casos". *Rev Chil Cir* 1987; 39: 107-10
9. *Williams R, Csepanyi E, Hiatt J. et al.*
"Analysis of the morbidity, mortality and cost of colostomy in traumatic compared with nontraumatic colorectal diseases". *Dis Colon Rectum* 1998; 30: 164-7

10. Wara P, Sorensen K, Berg V.
"Proximal fecal diversion" review of ten years experience. *Dis Colon Rectum* 1981; 24: 114-9
11. Londono-Schimmer EE, Leong AP, Phillips RK.
"Life table analysis of stomal complications following colostomy" *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 916-20
12. Doberneck R.
"Revision and closure of the colostomy" *Surg Clin N A* 1991; 71: 193-201
13. Mileski W, Rege R, Joehl R. et al.
"Rates of morbidity and mortality after closure of loop and end colostomy" *Surg Gynecol Obstet* 1990; 171: 17-21
14. Shellito P.
"Complications of abdominal stoma surgery" *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1562-72
15. Freund H, Raniel J, Muggia M.
"Factors affecting the morbidity of colostomy closure" *Dis Colon Rectum* 1982; 23: 712-16
16. Hermansen C.
"Reconstitución del tránsito intestinal en operación de Hartmann. Sutura mecánica". *Rev Chil Cir* 1993; 45: 418-25.
17. Rodriguez E, Hermansenn C, Leiva L.
"Reconstitución de la operación de Hartmann con videolaparoscopia asistida y sutura mecánica" *Rev Chil Cir* 1994; 46: 163-8
18. Young C, Eyers A, Solomon M.
"Defunctioning of the anorectum". *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 190-4