

COMPLICACIONES DE LAS COLOSTOMIAS

Dr. Christian Jensen Benítez

El abocamiento quirúrgico de un segmento del intestino grueso a la piel, con el objeto de tratar una enfermedad del colon o del recto, significa para el paciente que porta la colostomía un problema permanente. Para facilitar su manejo se han desarrollado prótesis y los ostomizados se agrupan en clubes para apoyarse, obtener ayuda e intercambiar experiencias, de forma tal de no sentirse minusválidos frente al resto de la población. Por las razones antes expuestas, es de primera importancia tratar de disminuir hasta donde sea posible la aparición de complicaciones en relación con la realización de las colostomías.

Numerosas series se han publicado en relación con la aparición de complicaciones en colostomías, pero no se puede dar un porcentaje global del problema porque no todos los autores consideran las mismas complicaciones, de forma tal que la dermatitis, por ejemplo, no aparece considerada en muchas de las publicaciones.

Para comenzar a situar el problema quisiera presentar una pequeña serie de 38 pacientes en los cuales se hizo colostomía en

Tabla N° 1

Colostomía madura en asa con puente de piel
Indicaciones
n = 38

	n	%
Cáncer obstructivo	14	37,5
Gangrena perineal	9	24
Rectitis actínica	7	18,5
Trauma rectoperineal	3	7,5
Fístula rectovaginal	2	5
Anastomosis coloanal	2	5
Fístula rectoperineal compleja	1	2,5

asa con puente de piel, madurándola de inmediato, en el Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, por el grupo de Coloproctólogos. La edad promedio fue de 55 años (16-87), siendo 20 pacientes del sexo masculino. La principal indicación fue el cáncer del colon o del recto, seguida de la gangrena perineal y de la rectitis actínica (Tabla 1). No hubo indicaciones de colostomías por enfermedad inflamatoria del intestino grueso, como aparece en las series de países anglosajones. El 60% de las colostomías fueron transversas, casi todas ellas hechas en el colon trasverso derecho, a pesar de que mientras más a la derecha sea el abocamiento, más húmeda será la colostomía resultante. En

Tabla N° 2

Colostomía madura en asa con puente de piel
Complicaciones
n = 38

	n	%
Prolapso colostómico	2	5
Absceso pericostómico	2	5
Hernia pericostómica	1	2,5
Retracción	1	2,5

quince pacientes se hizo colostomía sigmoidea con igual técnica. Algo más de la mitad de la serie (55%) eran colostomías definitivas. Como complicaciones se observaron prolapso de la colostomía (2 pacientes), absceso pericostómico (2 pacientes), hernia pericostómica (1 paciente) y retracción (1 paciente) Tabla 2. De ellos fueron reoperados

un paciente por prolapso y uno por hernia. No hubo mortalidad atribuible al procedimiento.

ETIOPATOGENIA

Al analizar los mecanismos etiopatogénicos que inciden en la aparición de complicaciones de las colostomías, podemos dividirlos en aquellos propios del paciente y los derivados de la técnica usada.

Factores derivados del paciente:

1. Obesidad: Es evidente que las condiciones difieren entre un paciente pícnico y obeso, y otro asténico cuya pared abdominal esta a menor distancia de la raíz del mesocolon.

2. Operaciones previas, las que pueden influir en dos aspectos. Por la existencia de un proceso adherencial, y también por la posibilidad de existir una distinta irrigación de los segmentos del colon en aquellos pacientes que hayan sido intervenidos previamente con cirugía sobre este órgano.

3. Arteriosclerosis. Es un factor que puede ser condicionante de la aparición de complicaciones en aquellos pacientes cuya irrigación es límite.

4. Mal manejo de la colostomía. Especialmente en aquellas personas con deterioro sicoorgánico y también en las de baja condición económica, las que sin el apoyo de instituciones tendrán importantes dificultades para conseguir los elementos mínimos indispensables para un manejo adecuado de su ostomía.

Factores derivados de la técnica:

1. Excesiva devascularización del asa colostómica.

2. Excesiva tracción. No debe dudarse en la utilidad de una amplia laparotomía que nos permita una adecuada movilización del asa a exteriorizar.

3. Mala elección del sitio de la ostomía. Se debe enfatizar la necesidad de elegir el sitio

examinando al paciente de pies. La colostomía debe quedar siempre dentro del campo visual del paciente, con un contorno de piel sana y lisa de 2 cms. por lo menos, alejada de depresiones (ombbligo) y eminencias (cresta ilíaca), y es necesario tomar en cuenta la presencia de laparatomías previas, cicatrices y la línea del cinturón.

4. Laparotomía colostómica inadecuadamente grande o pequeña. En general, y dependiendo de las características del colon, se dice que por la laparotomía colostómica deben pasar en forma cómoda dos dedos.

5. Cierre inadecuado de brechas peritoneales. Especialmente importante en las colostomías terminales de la operación de Miles. La maniobra de sacar el asa en forma extraperitoneal no ha producido ventajas, sino más bien dificultades del tipo de la obstrucción intestinal parcial o total.

6. Contaminación masiva. De gran importancia evitarla cuando se decide madurar de inmediato la colostomía.

Clasificación de las complicaciones de las Colostomías

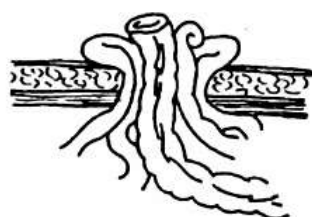
De acuerdo al momento en que aparecen se pueden clasificar en tres grupos:

- | | |
|-------------------------|--------|
| 1. Precoces | Fig. 1 |
| 2. Precoces y/o tardías | Fig. 2 |
| 3. Tardías | Fig. 3 |

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Complicaciones precoces: | Hemorragia |
| | Absceso |
| | Desprendimiento |
| | Necrosis isquémica |
| | Evisceración peri colostómica |

FIG. 1

COMPLICACIONES PRECOCES DE LAS COLOSTOMIAS



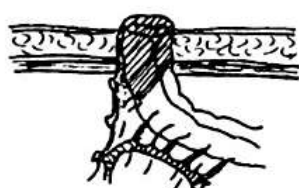
EVISERACION



DESPEGAMIENTO



PROLAPSO DEL DELGADO



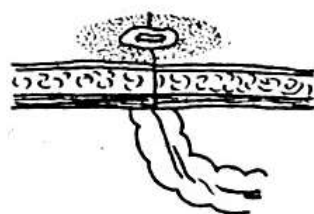
NECROSIS POR PERDIDA
DEL APORTE SANGUINEO



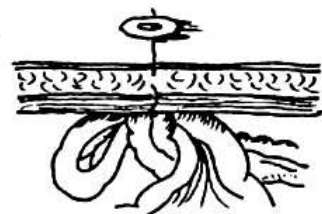
NECROSIS POR TENSION
DEL INTESTINO

FIG. 2

COMPLICACIONES PRECOCES Y/O TARDIAS DE LAS COLOSTOMIAS

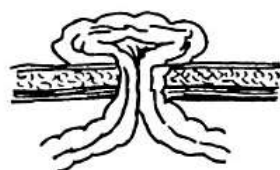


IRRITACION CUTANEA

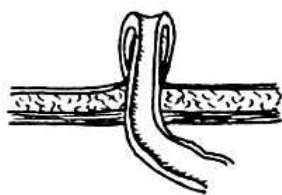


OBSTRUCCION

COMPLICACIONES TARDIAS DE LAS COLOSTOMIAS



PROLAPSO DEL GRUESO



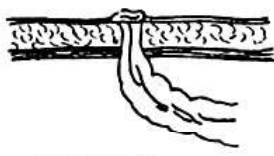
PROLAPSO DEL GRUESO
CON INTUSUSCEPCION



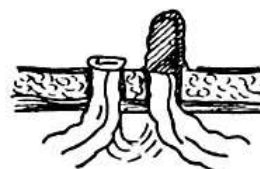
HERNIA



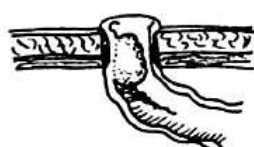
RETRACCION



ESTENOSIS



INTUSUSCEPCION
Y NECROSIS



CANCER RECIDIVANTE
OBSTRUCCION, HEMORRAGIA



PERFORACION POR
TUBO DE ENEMA



PERFORACION DE
DIVERTICULO

2. Complicaciones precoces y/o tardías

Dermitis
Obstrucción intestinal

3. Complicaciones tardías Prolapso

Hernia
pericolostómica
Estenosis
Retracción
Perforación

Analizaremos a continuación con mayor profundidad algunas de las complicaciones de las colostomías.

Dermitis

Se produce por la exposición prolongada de la superficie de la piel periestomal a las deposiciones. Por esa razón es de primera importancia un perfecto ajuste de la bolsa de colostomía desde el primer momento. También debemos destacar que se presenta irritación de la piel ante cambios muy seguidos de la bolsa como también cuando se deja puesta más del plazo recomendado por el fabricante en un intento de abaratar el manejo. En general una bolsa no desechable puede permanecer colocada por varios días, pero sin sobrepasar una semana. También hay que destacar el cuidado y aseo de la piel cuando se procede a reemplazar una bolsa.

Esquematizando, la dermatitis se relaciona con:

1. Mala ubicación de la colostomía.

2. Colostomías húmedas. El contenido es más líquido y por tanto más difícil de manejar en las colostomías hechas en el colon derecho.

3. Falta de elementos adecuados para su manejo. La aparición de la pasta de Caraya y sus derivados ha significado un importante

avance en el manejo de las colostomías.

4. Uso de elementos de sostén que dificultan una perfecta adaptación del ostoma y la prótesis. en este sentido se ha avanzado mucho desde la época en que se usaban elementos metálicos de sostén, baguetas de vidrio, distintos modelos de elementos de sostén de plástico (Fig.4), baguetas dobles (Fig.5), baguetas "enterradas" parcial o totalmente (Fig.6), hasta llegar a la colostomía en asa "terminal" (Fig.7) y el uso de puentes de piel para dejar la colostomía inmediatamente lista y madura al salir del pabellón (1) Una segunda alternativa que ha surgido gracias al uso del stapler es la conversión de una colostomía en asa a una de tipo terminal más pequeña, y sin bagueta de sostén (2).

5. Colostomía continente. Es el ideal de colostomía, al menos en cuanto a lo que dermatitis se refiere. Mucho se ha trabajado para conseguirla. Desde el implante de una prótesis metálica magnética (3), o la extrapolación de la bolsa de Kock de ileon al colon (4), pasando por el intento de hacer esfínteres con músculo liso o estriado (5,6,7), el autotrasplante experimental de píloro en perros (8) y la colostomía perineal continente de Torres y González (Fig 8) (9). Se puede decir sin temor a equivocarse, que al respecto no se ha logrado encontrar la solución definitiva y en este momento la mejor continencia en una colostomía terminal se logra con el uso de Conseal m.r. (10)

Hernia Pericolostómica

Otra complicación de aparición relativamente frecuente en el post operatorio de una colostomía es la hernia que se produce en relación con ésta, manifestándose como una deformación progresiva, que presenta impul-

FIG. 4

MÉTODOS DE SOSTEN EN COLOSTOMIA EN ASA

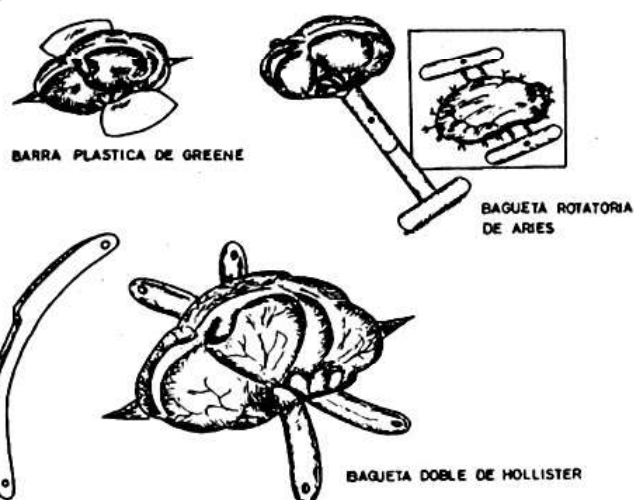


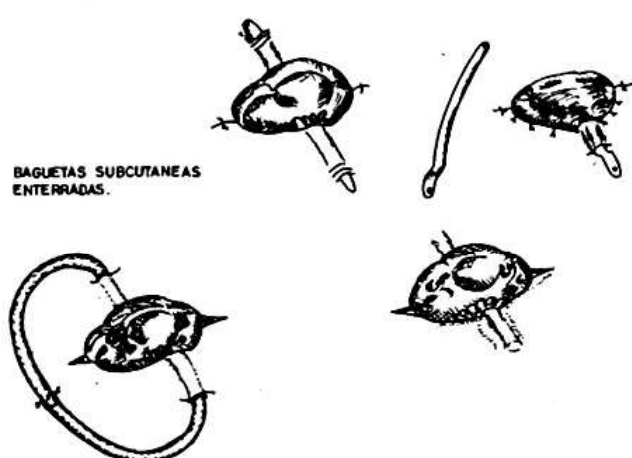
FIG. 5



COLOSTOMIA CON DOBLE BAGUETA (WANGENSTEEN)

FIG. 6

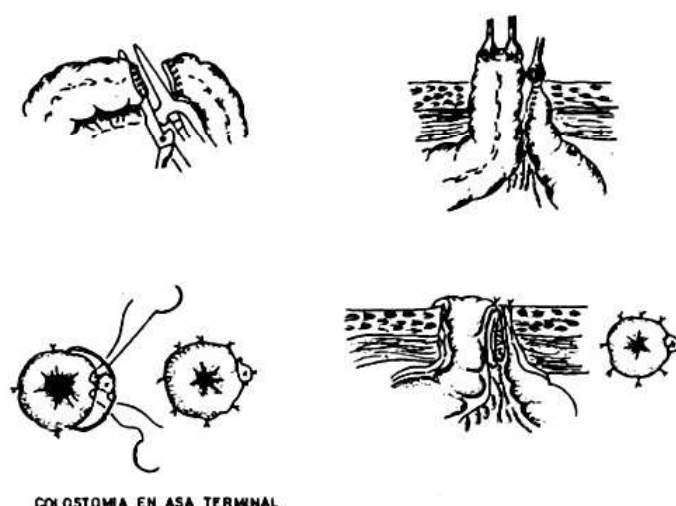
MÉTODOS DE SOSTEN EN COLOSTOMIA EN ASA.



sión con la maniobra de Valsalva y transformándose en un problema estético y funcional, ya que las más de las veces dificulta la adecuada colocación de una prótesis, y llega a ser visible aún con la ropa puesta.

La incidencia relativa de esta complicación es variable, dependiendo en primer lugar

FIG. 7



COLOSTOMIA EN ASA TERMINAL

del tipo de colostomía. Se sabe que la hernia pericostostómica se presenta con mayor frecuencia en las colostomías de tipo terminal que en las colostomías en asa en la publicación de Burns (7,2% versus 1,0%) (11) La última serie del Hospital José Joaquín Aguirre a que se ha hecho mención tiene un 2,5% de hernia pericostostómica. Tabla 3. La etiopatogenia de la hernia pericostostómica considera los aumentos permanentes de presión intraabdominal, como se ven en las enfermedades bronquial obstructiva crónica (EBOC), el prostatismo y la constipación, Además es de importancia el estado nutricional de los pacientes, siendo mayor en los obesos. Por último los diferentes autores están de acuerdo en que la técnica es importante, ya que las colostomías hechas transectales tiene una menor incidencia de hernia (12,13). Lo interesante de esta complicación es que sólo rara vez se complica de estrangulación

FIG. 8



COLOSTOMIA PERINEAL DE TORRES Y GONZALEZ

Tabla N° 3
Complicaciones de las colostomías
Hernia pericostómica

	%	n	tipo
Birbaum y Ferrier	3,2	589	terminales en asa
Burns	7,2	208	
Burns	1,0	99	
Saha, Rao, Stephenson	1,0	200	en asa
Prian, Sawyer	3,1	262	
Hosp. J.J.Aguirre	2,5	38	

y por lo mismo no todos los pacientes son reoperados por ella. Cuando es sintomática o impide la adecuada colocación de una prótesis, o produce una importante deformidad estética, se deberá proceder a la reparación quirúrgica. Existiendo varias técnicas, la que se recomienda hoy en día es la de transposición de la colostomía, lo que significa deshacer la existente, reparando la pared a ese nivel, y luego implantarla en un sitio distante y adecuado, lo que puede significar resección del colon, y ocasionalmente al otro lado de la línea media.

Prolapso

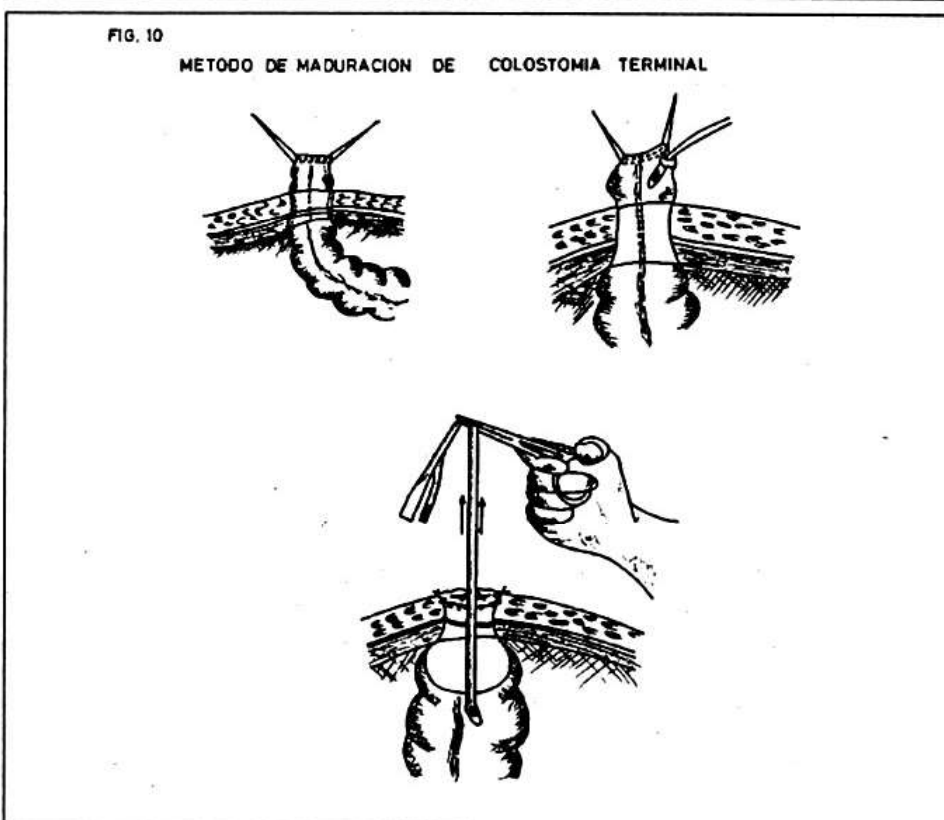
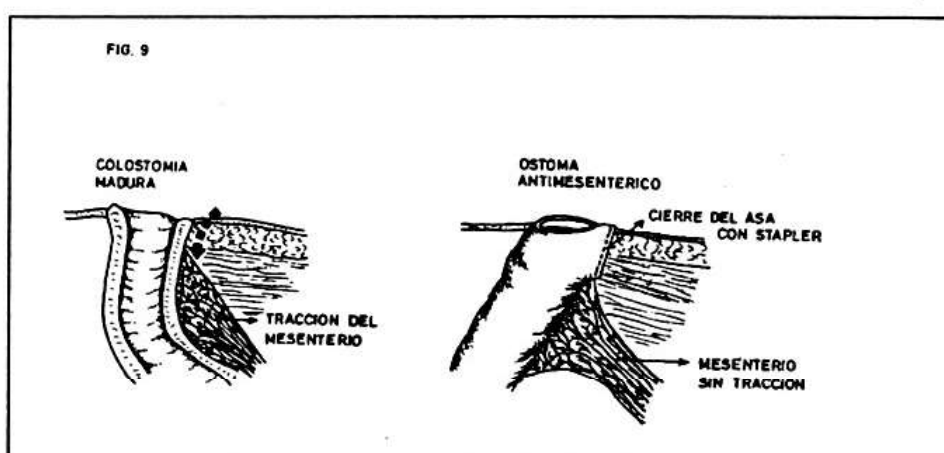
Es una llamativa complicación que tiene elementos comunes con el prolapso del recto, sobre todo en lo relativo a las complicaciones y el tratamiento. Dentro de las generalidades del prolapso colostómicos podemos decir que:

- 1.- Es mayor en las colostomías de los niños.
- 2.- Es mayor en las colostomías en asa versus las terminales.
- 3.- Es mayor en las colostomías proximales versus las distales.
- 4.- El asa distal presenta una mayor tendencia a prolapsarse.
- 5.- Se presenta con mayor incidencia en las colostomías hechas por prolapso.

La incidencia global de esta complicación es de hasta 14% (14,15) y dentro de los aspectos técnicos estudiados no se ha demostrado que tengan significación en cuanto a su pro-

ducción los siguientes:

- 1.- Colostomía por laparotomía principal o por otra laparatomía.
- 2.- Colostomía con o sin fijación a la aponeurosis.
- 3.- Colostomía con bagueta o con puente de piel.



- 4.- Colostomía madurada de inmediato o con colostomía diferida.

Cuando se ha presentado el prolapso, urge su reducción ya que el asa puede comenzar a sufrir alteraciones que van desde la congestión y el edema, la irreductibilidad, hasta la aparición de úlceras de decúbito y finalmente la necrosis parcial o total del asa prolapsada. Las maniobras recomendadas van desde el uso de maniobras simples, la introducción de gases

vaselinadas, el uso de azúcar sobre el asa prolapsada con lo que se logran resultados espectaculares en términos de rapidez y efectividad (16). Finalmente si el asa se ha necrosado, sólo quedará la resección de ella, con anastomosis extra abdominal de los extremos sanos. Normalmente la necrosis afectará al asa más allá del anillo musculoaponeurótico, por lo que no será indispensable en todos los casos hacer una laparotomía exploradora.

En aquellos casos de colostomías transitorias, el tratamiento definitivo del prolapso coincidirá con la reconstitución del tránsito intestinal.

Estenosis

Finalmente hablaremos de la estenosis de la colostomía. Esta complicación se produce por defectos técnicos en la ejecución de la ostomía, los que pueden ser esquematizados como sigue:

1.- Necrosis isquémica de la colostomía, ya sea por excesiva devascularización, o bien por tracción secundaria a liberación insuficiente. Es aquellos casos en que el meso es corto y no permite exteriorizar con facilidad una colostomía terminal, esta se puede hacer con menor tracción a través de cerrar su extremo con un stapler y hacer la ostomía en el borde matemesentérico. Fig.9

2.- Fibrosis excesiva periestomal. Se debe habitualmente o al desprendimiento parcial con infección secundaria de tejido graso subcutáneo, o bien a la formación de una colección (absceso) a ese nivel.

3.- Ausencia de aposición adecuada mucocutánea. Este elemento ya fue sospechado por el Dr. Patey en 1951, quien dijo que la formación de estenosis a nivel de una colostomía podría disminuirse a través de la maduración inmediata de ella, con lo que se

permite una cicatrización más rápida y con menor cantidad de tejido fibroso (17) En aquellos casos en los cuales se está trabajando sobre colon no preparado, puede lograrse la sutura inmediata mucocutánea con poca contaminación a través del uso de una sonda Foley con el balón inflado. Fig 10.

Una vez producida la estenosis, el tratamiento es la apertura del orificio mucocutáneo, ya sea resecando todo el contorno de la ostomía y procediendo a una nueva sutura perimetral, o bien, en aquellos casos en que hubo algún grado de retracción y se desecha hacer de nuevo la colostomía se puede superar la estenosis mediante una plastía en zeta del ostoma.

Conclusiones

Quisiéramos terminar esta breve exposición de las complicaciones de las colostomías, diciendo que:

1.- Las colostomías tienen un porcentaje de complicaciones que son propias de este tipo de intervenciones.

2.- En un alto número de pacientes el origen de estas complicaciones tiene su origen en la técnica quirúrgica empleada.

3.- No existen en la literatura series prospectivas y al azar que puedan demostrar superioridad de alguna técnica quirúrgica sobre otra.

4.- Es imperativo conocer las distintas alternativas técnicas, pero se debe adoptar alguna, la que sea la de uso habitual, para de este modo disminuir la incidencia de las complicaciones.

Bibliografía

- 1.- Corman J, Odenheimer D.- Securing the loop-Historic review of the methods used for creating a loop colostomy. *Dis Colon Rectum* 1991; 34 1014-1021.
- 2.- Unti J, Abcarian H, et al. Rodless end-loop stomas. Seven years experience. *Dis Colon Rectum* 1991;34:999-100.
- 3.- Khubchandani IT, Trimpi HD, et al. The magnetic stoma device: a continent ostomy. *Dis Colon Rectum* 1981;24;344-50
- 4.- Kock NG, Myrvold HE, et al. Continent cecostomy: an account of 30 patients. *Dis Colon Rectum* 1985;28;705-8.
- 5.- Lagache G, Triboulet JP. Recherche d'une continence des colostomies par autogreffon musculaire lisse. *Chirurgie* 1982;108:765-9
- 6.- Cavina, E, Seccia M, et al Construction of a continent perineal colostomy by using electrostimulated gracilis muscles after abdominoperineal resection: personal technique and experience with 32 cases. *Ital J Surg Sci* 1987;17:305-14
- 7.- Schmidt E, Bruch HP Traitement chirurgical des incontinenes hinteriennes intestinales par autotransplant libre de musculature lisse. *J Chir (Paris)* 1981;118:315-20
- 8.- Centeno Neto A, Veryrac M et al. Autotransplantation of the pylorus sphincter a the terminal abdominal colostomy. Experimental study in dogs. *Dis Colon Rectum* 1991;34:874-79.
- 9.- Torres RA, Gonzalez MA. Perineal Continent colostomy. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1988;31:957-60.
- 10.- Soliani P, Carbognani M, et al. Colostomy plug devices; a possible new approach to the problem of incontinence. *Dis Colon Rectum* 1992;35:970-4.
- 11.- Burns JF Complications of colostomy *Dis Colon Rectum* 1970;13:448-50
- 12.- Saha SP, Rao N, Stephenson SE Complications of colostomy *Dis Colon Rectum* 1973; 16:515-6.
- 13.- Porter JA, Salvati EP, Rubin, Eisenstat TE. Complications of colostomies *Dis Colon Rectum* 1989;32:299-303.
- 14.- Birnbaum W, Ferrier P Complications of abdominal colostomy. *Am J Surg* 1952;83:647.
- 15.- Mirelman D, Corman M, Veidenheim M, Collier J. Colostomies- indications and contraindications: Lahey Clinic experience, 1963-1974 *Dis Colon Rectum* 1978;21:1972-6
- 16.- Myers J, Rothenberg D. Sugar in the reduction of incarcerated prolapsed bowel. *Dis Colon Rectum* 1991;34:416-8
- 17.- Patey DH. Primary epithelial apposition in colostomy. *Proc R Soc Med* 1951;44:423-4.