

COMPLICACIONES DE LAS COLOSTOMÍAS

JUAN DAVID HIERRO

Profesor Adjunto de Cirugía Gastroenterológica,
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica
Argentina, Buenos Aires
Jefe de Unidad Cirugía Hospital Juan A. Fernández

GUSTAVO ABED

Profesor Asistente de Cirugía Gastroenterológica,
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica
Argentina, Buenos Aires
Hospital Juan A. Fernández

FERNANDO GALINDO

Director y Profesor Titular en la Carrera de Postgrado
Cirugía Gastroenterológica de la Facultad de Ciencias
Médicas, Universidad Católica Argentina, Buenos Aires

Las colostomías son susceptibles de sufrir múltiples complicaciones, algunas de importancia y otras muy comunes y sin mayor peligro. Sin contar las complicaciones psicosociales las locales se mantienen en alrededor del 25%⁸⁻¹²⁻¹⁵. Se las clasifica de acuerdo al momento de su aparición en precoces, las que se producen dentro de los 30 primeros días del postoperatorio, o tardías, las que aparecen luego de este período.

I.-COMPLICACIONES PRECOCES

Las complicaciones precoces son las que ocurren en el postoperatorio dentro de los 30 días. La profilaxis de estas complicaciones es realizar una depurada técnica en la confección de las colostomías. La mayor parte de estas complicaciones son solucionables pero algunas revisten gravedad por la necesidad de una reintervención para su tratamiento.

Se dividirá en tema en:

- a) Hemorragia y hematoma.
- b) Supuraciones periostomales.
- c) Edema y necrosis del ostoma.
- d) Oclusión
- e) Derivación insuficiente
- f) Retracción del ostoma.
- g) Evisceración paraostomal.
- h) Dermatitis periostomal.

A) HEMORRAGIA Y HEMATOMA

Las hemorragia y hematomas representan el 2% de las complicaciones¹. Cuando la hemorragia es de la mucosa no reviste gravedad pudiéndose resolver con compresión o puntos hemostáticos. Otras veces, puede deberse a una lesión de un vaso de la pared del abdomen o del mesocolon, causando importantes hematomas o sangrados que llegan a

descompensar al paciente (Fig. 1). El diagnóstico es clínico pero en los hematomas intraparietales o intraperitoneales la ecografía es un recurso útil. Si la hemorragia no es importante y el hematoma pequeño el tratamiento es el control y evacuación de la colección hemática. Cuando la hemorragia es importante obliga a reoperar el paciente, deshacer la ostomía, realizar la hemostasia, comprobar la vitalidad del intestino y reconstruir la colostomía.



Fig. 1. Colostomía con importante sangrado y hematoma

B) SUPURACIONES PERIOSTOMALES

Ocurren en el 10 al 25% de los casos con complicaciones, y se relacionan con la inoculación parietal o a la contaminación de un hematoma periostomal. (Fig. 2). Esta relacionada a una mala preparación del colon por lo que es más frecuentes en operaciones de urgencia. Es también de buena técnica mantener el asa de la colostomía cerrada y recién hacer la apertura al final de la operación. Cuando no es imperioso abrir la ostomía el diferir la apertura 24 horas permite la adhesión del intestino a la pared disminuyendo la posibilidad de contaminación.



Fig. 2. Colostomía con supuración.

El tratamiento si no existe colección es con antibióticos que cubran el espectro de bacilos Gram (-) y anaerobios. En el caso de colección, ésta debe ser drenada en lo posible en un sitio alejado del ostoma para evitar inconvenientes en el manejo del mismo.

C) EDEMA Y NECROSIS DEL OSTOMA

El edema y necrosis del ostoma es un percance muy relacionado con la técnica y las condiciones vasculares, su incidencia varía entre 1 a 10% de las complicaciones. Es una de las causas más importante de muerte atribuible a una complicación colostómica.

Las causas de esta complicación se deben a una excesiva esqueletización del asa colostómica o compresión de los vasos. Los vasos que llegan al intestino deben siempre quedar protegidos con algo de meso en las colostomías terminales y en las laterales debe respetarse la continuidad de los vasos marginales. Siempre se debe verificar el estado de vascularización por el color y estado de la víscera, y en el caso de abrir la colostomía su sangramiento. La otra causa de isquemia del intestino puede estar dada por una lesión vascular inadvertida, a que el asa intestinal quedo tensa o se produjo su torsión.



Fig. 3. Colostomía con edema.

El diagnóstico se efectúa al observar edema y cambios en el color del ostoma (palidez, cianosis u oscurecimiento) (Figs. 3, 4). Las lesiones distales pequeñas, que toman la parte externa, la conducta es la expectación el proceso se delimita y resuelven en pocos días.



Fig. 4. Colostomía plana infectada y con zonas necróticas distales.

Las lesiones más extensas o transmurales requieren medidas activas. Si la isquemia esta dada por ser estrecha la apertura de la pared deberá ser ampliada y observar si mejora la irrigación del asa. Todas las otras causas como la torsión o esqueletización excesiva requieren desmontar la colostomía, resección de la zona isquémica y volver a realizar la ostomía.

D) OCLUSIÓN

La oclusión se produce por problemas de tipo mecánico. Esta se puede deber a la encarcelación de un asa intestinal (Fig. 5), torsión del asa exteriorizada (Fig. 6), obstáculo del trayecto: orificio muy estrecho(Fig. 7-A) zigzag intramural pronunciado del asa(Fig. 7-B), o por

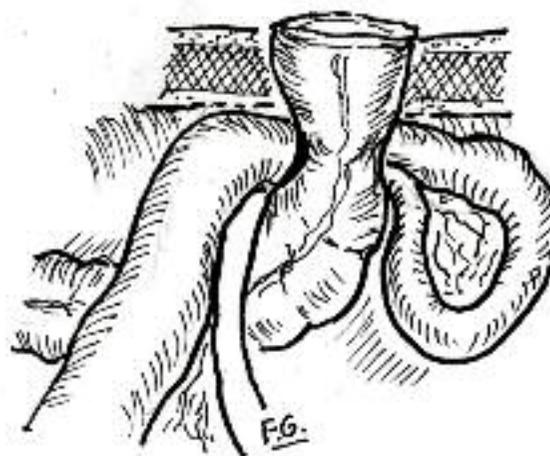


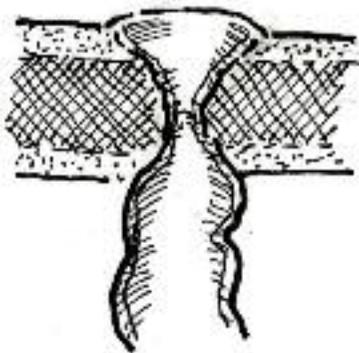
Fig. 5. Encarcelación de un asa de intestino delgado a través de una brecha peritoneal y que contribuye a estrangular el asa herniada y ocluir la colostomía.



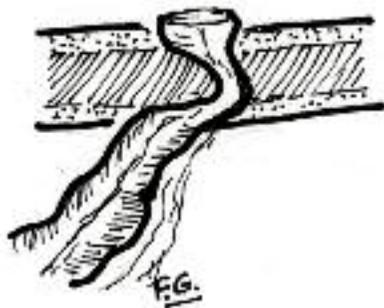
Fig. 6. Oclusión de la colostomía por torsión del intestino.



Fig. 8. Oclusión de la colostomía lateral por rotación del asa aferente y eferente junto con su meso



A



B

Fig. 7. Oclusión de la colostomía. A) por estrechamiento de la pared. B) por orificio de la pared en zigzag.

error de montaje con oclusión del segmento proximal (Fig. 8).

El tratamiento depende de la causa. Se deben descartar causas locales como la estrechez de la ostomía con el tacto digital o la oclusión por el impacto de materias fecales. La reintervención se impone en las otras causas y será de urgencia si se acompaña de compromiso inflamatorio peritoneal. En el caso de la Fig. 5 de una colostomía sigmoidea más encarcelación (hernia interna) de intestino delgado por la brecha peritoneal dejada en la

operación hacia la pared lateral izquierda, se deberá liberar el asa intestinal, resección segmentaria de intestino delgado si su vitalidad esta alterada y cierre de la brecha peritoneal. Cuando se trata de un asa llevada con torsión (Fig. 6) o de la rotación del asa aferente y eferente alrededor del meso, (Fig. 8) se deberá explorar y colocar el intestino en forma adecuada. Cuando se trata de orificios en la pared estrechos (Fig. 7) éstos deberán agrandarse y hacerlo en forma adecuada para evitar estrechamientos.

E) DERIVACIÓN INCOMPLETA

Esto sucede en las colostomías laterales en las cuales no se deja varilla y el espolón se sumerge (Fig. 9). Otras causas son: la varilla de la colostomía lateral se saco o salió prematuramente y que el asa intestinal fue llevada muy tensa.

La prevención de esta complicación es exteriorizar el asa sin tensión y colocar la varilla para formar un buen espolón asegurándose de que no se salga (Ver técnica de

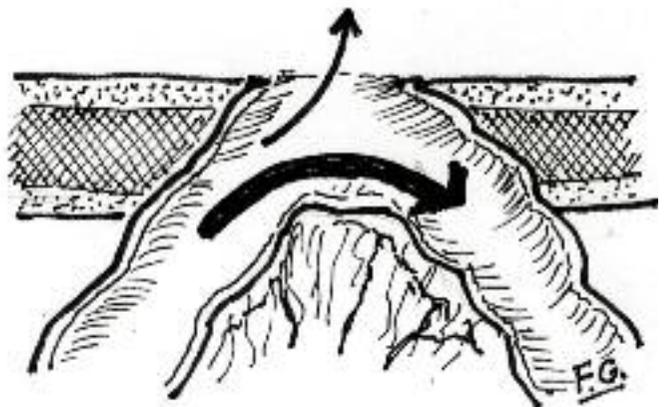


Fig. 9. Colostomía lateral con derivación incompleta.

las colostomías). Si la varilla por accidente se sale en forma prematura es posible su recolocación inmediata.

En el hundimiento de la colostomía y ante la necesidad de contar con una derivación completa, caben dos posibilidades. La primera es exteriorizar el asa y recolocar la varilla para lograr tener un buen espolón. La segunda posibilidad, teniendo en cuenta las condiciones locales y la necesidad de una buena derivación colostómica es realizar una colostomía terminal y abocar en otro lugar el cabo distal.

F) RETRACCIÓN DEL OSTOMA

La retracción del ostoma es un incidente grave y representa alrededor del 5% de las complicaciones. Se produce cuando el asa del ostoma que se halla sometido a tracción debido generalmente a un meso corto engrosado o retraído. La retracción del ostoma se ve favorecida en pacientes obesos, cuando hay íleo postoperatorio (con distensión abdominal), supuraciones periestomales, factores que producen la desinserción de los puntos de fijación del ostoma o la sección completa del asa de colostomía lateral a nivel de la varilla.

El tratamiento consiste en la observación si la retracción es parcial, esperando la coalescencia coloparietal. Cuando la retracción es mayor o si ha desaparecido el ostoma se debe reintervenir al paciente para reconstruir un nuevo ostoma. Deben tomarse los cuidados para reducir al mínimo la contaminación intraperitoneal, evitando la salida de contenido intestinal, limpiando y lavando el campo operatorio. En todos los casos la zona retraída y con afectación del estado de la pared será extirpada, rehaciéndose la colostomía en forma terminal si lo era. Si la primera colostomía fue lateral su transformación en terminal y abocar el cabo distal en otro lugar resultará mas segura.

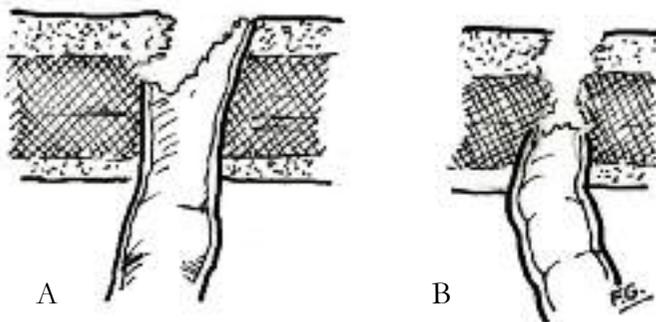


Fig.10. Colostomía plana con retracción. A) parcial. B) Total.

G) EVISCERACIÓN PARAOSTOMAL

Las evisceraciones se producen entre el asa de la colostomía y la pared (Fig. 11). Favorecen su producción un orificio grande en la pared y el aumento de la presión

intrabdominal en el postoperatorio (Ej. íleo, esfuerzos abdominales, etc.) antes que se logre la unión del intestino con la pared. La evisceración puede ser del mismo intestino grueso, intestino delgado o el epiplón. Es una complicación que se observa en alrededor del 3% de las colostomías⁸⁻⁷. Su frecuencia es mayor en operaciones de urgencias y en pacientes obesos.

La evisceración puede ser al descubierto y se identifica su constitución (Fig. 11-A) o bien permanecer cubierta por tegumentos llegando al plano subcutáneo (Fig. 11-B). Esta complicación frecuentemente se acompaña de obstrucción intestinal y requiere su tratamiento de quirúrgico de urgencia.

La conducta quirúrgica es la reintegración de la evisceración, observando la vitalidad de las mismas que si esta alterada obligará a reseca lo isquémico, el orificio de la pared será reducido haciendo los puntos necesarios en peritoneo, aponeurosis y músculo. Conveniente es acomodar el omento para que quede alrededor de la asa colostómica interponiéndose entre la pared y las vísceras intraabdominales.

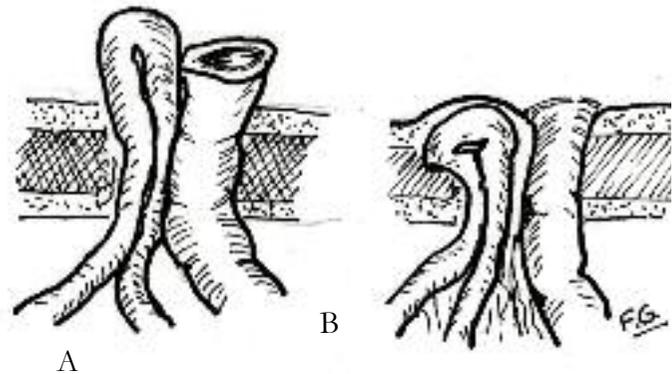


Fig. 11. A) Evisceración paraostomal de intestino delgado. B) Id. cubierta.

H) DERMATITIS PERIOSTOMAL

A pesar que el contenido colónico no es tan irritativo como el de las ileostomías, puede provocar lesiones inflamatorias en la piel pericostómica (Fig. 12). Uno de los motivos es el atrapamiento de materia fecal debajo de la placa de protección de la bolsa, la cual macerará la piel y que a diferencia de la ileostomía, puede llegar a provocar ulceraciones cutáneas. Otra causa de dermatitis es la reacción alérgica a alguno de los componentes utilizados en las bolsas de ostomía (pegamentos, solventes, material de la bolsa).

El tratamiento consiste en mantener una correcta higiene y evitar el contacto de la piel con la materia fecal. Las bolsas de colostomía ya vienen con una placa adhesiva con protectores como la Karaya debiéndose ajustar el orificio al tamaño de la colostomía para evitar que



Fig. 12. Dermatitis pericostomática.

quede piel sin proteger. Hay otros elementos que también se han utilizado para proteger la piel: pasta de aluminio, tintura de Benjui, barniz marino. La pasta de aluminio protege la piel pero la grasitud no permite una buena adhesión de la bolsa colostómica. La tintura de Benjui y el barniz marino deben aplicarse sobre una piel bien seca en varias capas esperando el secado de una para proceder con la otra. Hay casos especiales de dermatitis que obedecen a una atopía especial que deben ser analizadas para evitar los factores causantes.



Fig. 14. Prolapso prociendente en colostomía lateral. A) Gran prolapso en ambos cabos. B) Esquema de un prolapso en colostomía lateral.

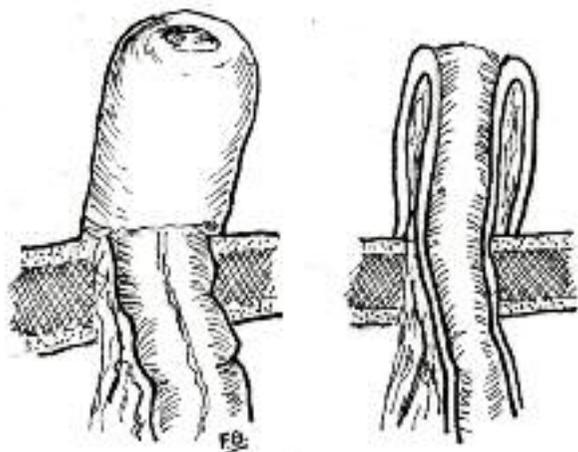


Fig. 13. Prolapso prociendente en colostomía terminal.

II. COMPLICACIONES TARDÍAS

Las complicaciones tardías son aquellas que se producen posteriores a los 30 días de confeccionado el ostoma, ocurren entre un 25% de las colostomias aproximadamente y requieren una reintervención para su tratamiento entre un 13 y un 33%⁷⁻¹¹⁻¹⁵.

Se tratarán las siguientes complicaciones:

- a) Prolapso
- b) Estenosis
- c) Eventraciones paracolostómicas
- d) Tumores y seudotumores
- e) Perforación
- f) Hemorragias

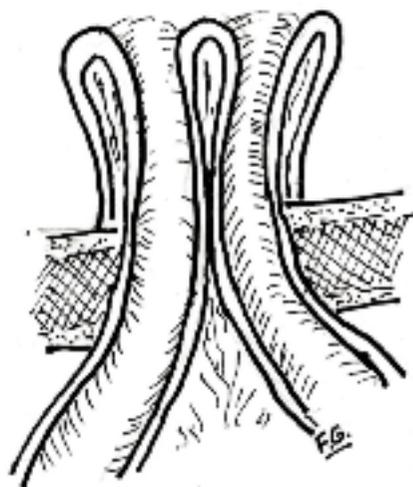


Fig. 15. Esquema de un corte de prolapso en una colostomía lateral.

A) PROLAPSO

El prolapso de la colostomía se observa en el entre el 2 y 10% de los complicaciones. En la mayoría de los casos es solo de la mucosa (prolapso mucoso propiamente dicho), aunque a veces puede ser total abarcando todas las paredes del colon (procidencia)⁷⁻¹⁶⁻¹⁸

Los causas que favorecen la aparición de un prolapso son:

- Orificio parietal grande.
- Un asa intestinal larga y móvil.
- Un meso colónico largo y laxo que permite el deslizamiento del colon. Esto se da con mayor frecuencia en el colon derecho. Las colostomías en colon transversal derecho o ascendente tienen mayor incidencia de prolapso que las colostomías izquierdas⁹.

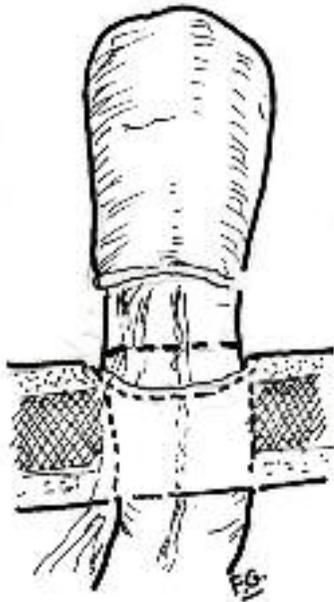


Fig. 16. Tratamiento quirúrgico de un prolapso en una colostomía terminal. 1) Sección alrededor entre la piel y la pared externa del prolapso. 2) Ligadura del meso. 3) Sección del intestino.

-Constipación.

Los prolapsos se pueden producir en las colostomías terminales (Fig. 12) y en las laterales (Figs. 13 y 14). Los prolapsos se constituyen en forma progresiva y lenta. Al comienzo el paciente puede reducir el mismo hasta que no es posible hacerlo. El encarcelamiento del meso entre la pared interna y externa del prolapso repercute sobre la vascularización provocando isquemia y necrosis.

El tratamiento difiere con la magnitud del prolapso. La mayoría de los prolapsos mucosos no requieren cirugía y deberá tratarse la constipación si existe. Los prolapsos procidentes deben tratarse por varios motivos: imposibilidad de adecuar la bolsa colostómica por el tamaño del prolapso y cuando tiene eventos isquémicos.

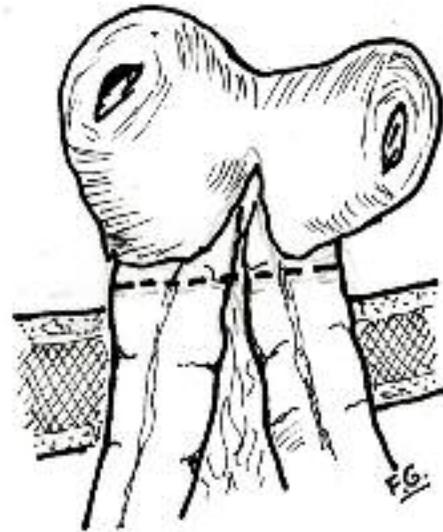


Fig. 17. Prolapso en colostomía lateral. Se ha seccionado la pared del colon de la piel y en línea de puntos donde será seccionado las dos asas intestinales y el meso.

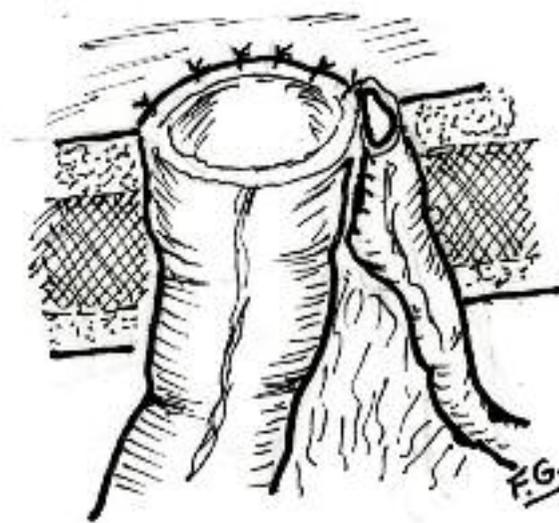


Fig. 18. Operación por prolapso en colostomía lateral. Colostomía plana con el cabo funcional. Colostomía mucosa con cierre parcial del cabo no funcional.

El tratamiento quirúrgico consiste en reseca el prolapso, rehacer el ostoma y en algunos casos agregar una colopexia.

En la Fig. 16 se muestra los pasos para tratar una colostomía terminal localmente. El paciente deberá tener el colon limpio. La operación comienza con desinsertar la pared colónica de la piel. Una vez logrado esto se observa el colon intususceptado con el meso. Es conveniente ver si traccionando del colon obtenemos aumentar su exteriorización lo que permitirá dejar un asa más corta y adecuada. El meso y el colon serán seccionados a nivel de la piel y luego se hacen puntos entre ésta y el colon, quedando una colostomía plana.

Cuando se trata de una colostomía lateral el procedimiento es semejante (Fig. 17). Se procede a desinsertar la pared del intestino de la piel. Ambos cabos de la colos-

tomía y el meso serán seccionados. El cabo distal es suturado parcialmente dejando una pequeña parte que quedará exteriorizada (Fig. 18). El cabo funcional se une con puntos separados a la piel (colostomía plana). Cuando la colostomía era transitoria y puede restablecerse el tránsito, se procederá a la extirpación del prolapso y realizar una anastomosis colo-colónica T-T.

Las operaciones de colopexia habitualmente no se efectúan ya que los tratamientos señalados se realizan sin entrar en la cavidad peritoneal. En los casos que agrega isquemia del prolapso y o la necesidad de explorar el abdomen, se puede tratar el prolapso agregando la resección de un asa larga y una colopexia (solo en colostomías definitivas) en la parte interna haciendo algunos puntos entre el colon y el peritoneo parietal. Algunas veces es posible llevar el asa de la colostomía subperitoneal y esto se comporta como una colopexia.

B) HEMORRAGIAS

Las hemorragias tardías en las colostomías constituyen una complicación poco frecuente. La causa más común son los traumatismos locales y generalmente solo comprometen la mucosa. Estas lesiones se producen durante los cuidados de la colostomía como es la introducción de sondas para limpieza del colon. Muchas de estas hemorragias se detienen espontáneamente o con la ayuda de compresión local o el uso de sustancias vasoconstrictores como la adrenalina. Cuando hay hemorragia y no se reconoce el origen será necesario efectuar una colonoscopia que puede servir tanto como diagnóstica como para el tratamiento.

Un caso especial lo constituyen los pacientes con hipertensión portal con colostomía y hemorragia. La búsqueda de vías supletorias para llevar la sangre portal al sistema general lleva a la formación de nuevas vías. Las venas del colon en su contacto con la pared crean vasos venosos que se exteriorizan alrededor de la colostomía y en la pared misma del intestino con la aparición de varices. El tratamiento es tratar de lograr la hemostasia y corregir las alteraciones que hubiere en la coagulación. Cuando se localiza el lugar del sangrado se recurrirá a la sutura, coagulación o tratamiento esclerosante. Este tratamiento no evita las recidivas por lo que debe encararse el tratamiento de la hipertensión portal que escapa a los límites de este capítulo

C) PERFORACIÓN

La perforación del asa colostómica es una complicación poco frecuente¹⁶ La causa más común es la lesión producida por una sonda utilizada para irrigación y limpieza

de la colostomía. Esto se ve favorecido cuando hay inconvenientes producidos por retracción, prolapso o eventración paraostomal.

Si la perforación es extraperitoneal en el trayecto de la pared y no hay hemorragia no es necesaria una conducta activa y su cicatrización se produce naturalmente. Si es que hay infección o supuración se drenará y tratará con antibióticos. Si la lesión es intraperitoneal, hay mayor dolor y según el tiempo transcurrido síntomas peritoneales. Se deberá operar para tratar la lesión y la peritonitis.



Fig. 19. Estenosis de una colostomía plana más eventración.

D) ESTENOSIS

Las estenosis tardías en las colostomías se debe a la fibrosis progresiva alrededor de la colostomía (Fig. 19). Esta fibrosis se desarrolla más frecuentemente desde la piel (Estenosis cutánea) que a nivel de otros planos como el aponeurótico.

Las estenosis cutáneas se dan más frecuentemente en las colostomías dejadas con muñón procidente que en

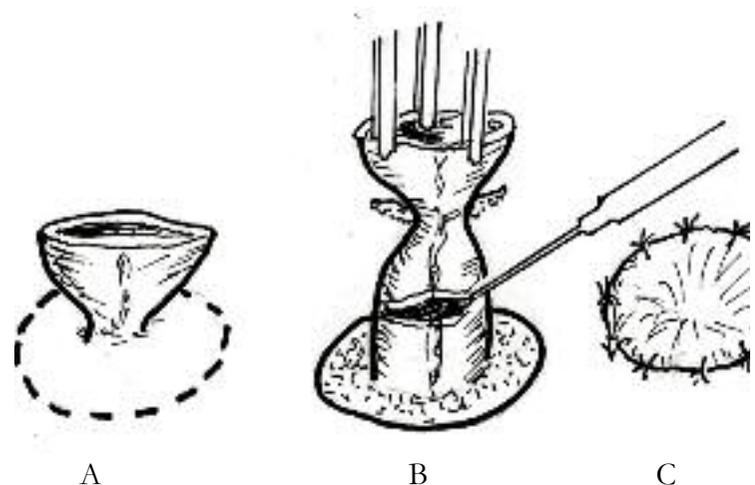


Fig. 20. Plástica de una colostomía procidente con estenosis cutánea. A) En línea de puntos sección de la piel (nuevo orificio). B) Se tracciona sobre el ostoma y se secciona el colon por debajo de la estenosis. c) Colostomía plana.

las colostomías planas. Los síntomas que se observan dependen del grado de oclusión lo que provocará retardo en la evacuación y constipación. Algunas veces puede haber seudodiarreas como mecanismo compensador para poder sortear el obstáculo. El diagnóstico es fácil y se realiza con el tacto introduciendo el dedo índice en la colostomía. Se comprueba el calibre, el lugar y firmeza de la colostomía. La dilatación digital del orificio con los dedos mejora las condiciones sólo por un tiempo. Las estenosis pueden estar asociadas a prolapso o eventración.

El tratamiento de una estenosis cutánea consiste en seccionar en forma circular la piel con un diámetro adecuado al nuevo ostoma (Fig. 20-A). Se corta el sobrante del muñón de la colostomía (Fig. 20-B) y se hacen los puntos de afrontamiento de la pared colónica con la piel quedando afrontado el epitelio de la piel con la mucosa confeccionando una colostomía plana (Fig. 20-C). Cuando la estenosis es de una colostomía plana el procedimiento es semejante. Se comienza por reseca un aro de piel alrededor del ostoma, seccionar el asa intestinal por debajo de la zona estenosada y nuevamente se une la pared colónica con la piel.

Cuando la estenosis se produce en la aponeurosis se deberá ver si abriéndose campo entre la pared abdominal y el ostoma se llega a la zona estenosada y puede ser seccionada la parte fibrótica. Si esto no es posible o no queda en forma satisfactoria se desmontará la colostomía para agrandar el orificio de la pared. Cuando se trata de una estenosis de la ostomía más eventración deberá también solucionarse ésta haciendo la plástica de la pared reforzándola con la colocación de una malla.



Fig. 21. Lesión carcinomatosa metacrónica en colostomía.

E) TUMORES Y PSEUDOTUMORES

Los tumores primarios en el ostoma son raros, pueden

ser adenocarcinomas colónicos, sarcomas de la pared muscular o carcinoma basocelular de la piel. Los implantes y tumores metacrónicos son más frecuentes. El tratamiento de estos es la resección en bloque y reconstrucción del ostoma que según las condiciones locales será en el mismo o diferente sitio.

Los pseudotumores que pueden observarse son: quistes de retención, pseudopólipos hiperplásicos, granulomas por hilo de sutura y secuela de absceso parietal. Para su tratamiento se indican cuidados locales. Es mucho más frecuente la recidiva tumoral en pacientes sometidos a resecciones colónicas como se ve en la figura 21.

F) EVENTRACIONES PARAOSTOMALES

Las eventraciones paraostomales es una de las complicaciones alejadas más frecuentes y la mayor parte aparecen dentro de los dos primeros años. Su incidencia varía entre un 10 y 50% dentro de las complicaciones⁶⁻⁷⁻¹²⁻¹⁵⁻¹⁶.

Los factores que favorecen la aparición de una eventración paraostomal son un anillo aponeurótico complaciente, debilidad de los tejidos de la pared abdominal, obesidad, y todos los que contribuyan a aumentar la presión intrabdominal como ascitis, tosedores con enfermedades pulmonares crónicas y constipación.

Algunas medidas preventivas en la primera operación han sido señaladas y todas se refieren a una buena técnica. Las colostomías transversas hacerlas a través del recto anterior¹⁰ ya que ofrecería una mejor contención que cuando esta hecha a través de los músculos anchos. Cuando la colostomía es definitiva es útil la colocación de puntos entre el colon y la aponeurosis. La otra medida es el uso de malla en forma sistemática en la primera operación¹⁴⁻³ o al menos en colostomías definitiva con pared débil.

Las eventraciones pueden ser pequeñas y ubicarse dentro de la pared abdominal y el intestino (intersticiales) o bien llegar a ser subcutáneas. No debe confundirse la debilidad global de la pared con una eventración. La eventración paracolostómica tiene un saco neoformado en conexión con la cavidad peritoneal.

En las eventraciones paraostomales grandes el diagnóstico es fácil. En las eventraciones pequeñas que no incomodan la colocación de la bolsa los síntomas pueden no ser importantes siendo las molestias indefinidas o dolor. El paciente refiere las variaciones que sufre, como el aumentando de tamaño cuando hace un esfuerzo o su disminución al estar en decúbito dorsal, o que siente ruidos hidroaéreos provenientes del intestino. El examen físico pone de manifiesto la deformidad, la reptación de asas y al examen físico la posibilidad de su palpación y reducción a la cavidad peritoneal. Para ponerlas de manifiesto es necesario examinar al paciente en posición de pie y acostado y hacer una palpación combi-

nada digital dentro del ostoma y por fuera. La exploración ecográfica es un recurso pero rara vez es necesaria.

Tratamiento³⁻¹⁴⁻¹⁶. Las eventraciones paraostomales pequeñas y asintomáticas no requieren tratamiento quirúrgico. Se recomienda la buena colocación de la bolsa colostómica y evitar las condiciones que aumentan la presión intrabdominal como la constipación, tos, etc. Las eventraciones grandes producen problemas de orden mecánico desde cuados de suboclusión intestinal y serios impedimentos para la colocación de la bolsa de colostomía y la higiene local. El tratamiento es quirúrgico. Cuando la ostomía es transitoria la conducta será restablecer el tránsito y hacer la plástica de la pared.

La elección del procedimiento cuando se debe mante-

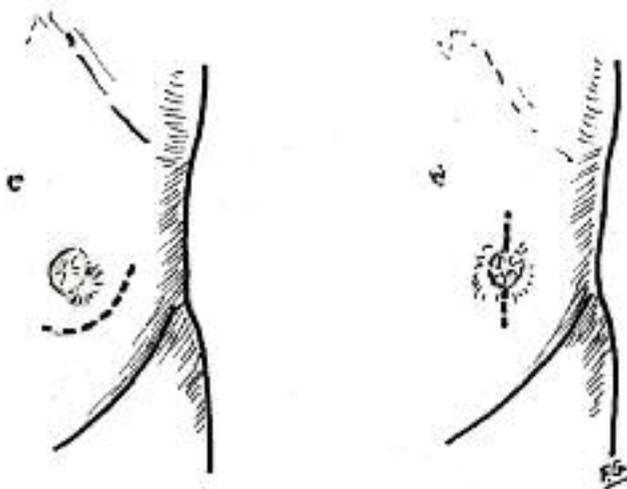


Fig. 22. Incisión para el tratamiento local de la eventración paraostomal.

ner la colostomía será hecha por el cirujano teniendo en cuenta las condiciones del paciente y deberá elegir entre un tratamiento local dejando la ostomía en el mismo lu-

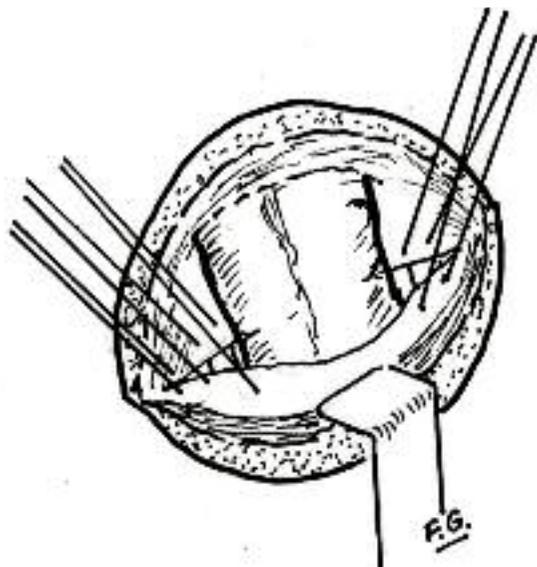


Fig. 23. Tratamiento local de la eventración paraostomal. Cierre del peritoneo.

gar o llevarla a otro lugar del abdomen haciendo la plástica de la pared por donde salía la eventración.

El tratamiento local por vía convencional colocando una malla de refuerzo es la operación más frecuente¹⁴⁻¹³. Ésta admite dos variantes: el uso de la vía laparoscópica y efectuar el tratamiento del saco y malla de refuerzo por esa vía o aprovechar la necesidad de solucionar una eventración de la herida principal y tratar la eventración paraostomal desde la cavidad peritoneal.

Cuando las condiciones locales de la pared en el lugar de la ostomía son malas y el asa intestinal puede ser llevada a otro lugar con pared mas fuerte es conveniente desplazar la ostomía.

Tratamiento quirúrgico local²⁻¹⁴⁻¹⁹⁻²⁰. La incisión puede variar (Fig. 22). Si el saco es localizado a un sector de la colostomía es suficiente una incisión circular a 5 cm. de la colostomía y se trabaja sin desprender la colostomía de la piel; si la eventración es grande y toma bu-

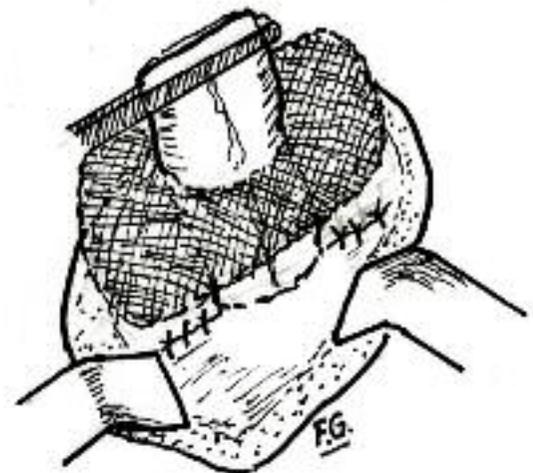


Fig. 24. Tratamiento local de la eventración paraostomal. Colocación de la malla.



Fig. 25. Tratamiento local de la eventración paraostomal terminada.

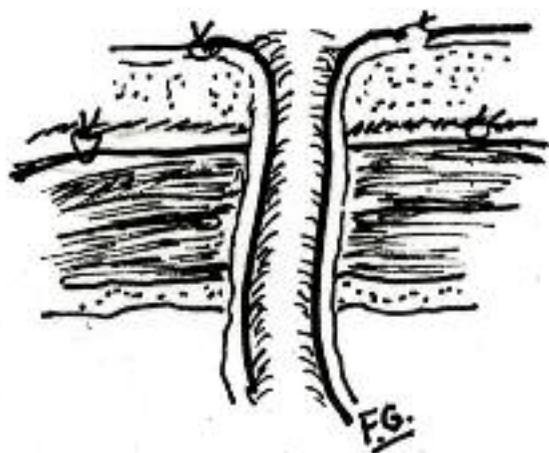


Fig. 26. Tratamiento local de la eventración paraostomal. Corte esquemático de la plástica y malla colocada supraaponeurótica.

na parte alrededor del asa colostomía lo conveniente será una incisión longitudinal tomando como centro la colostomía y en estos casos la ostomía será totalmente desprendida de la piel y se la cerrará en forma transitoria mientras dure la operación.

Se disecciona el saco de la eventración, se seccionan y separan los distintos planos hasta llegar al peritoneo. El saco de la eventración se reseca. En la Fig. 23 se observa que el peritoneo es cerrado en ambos extremos. Si la eventración es pequeña el cierre podrá ser hecho en un solo lugar.

La colocación de una malla de refuerzo de polipropileno por encima del peritoneo es lo más conveniente pero la dificultad de obtener un buen plano para su colocación (secuela de procesos inflamatorios y fibrosis) será motivo para su colocación encima del plano aponeurótico superficial. La malla cualquiera sea su ubicación debe sobrepasar las zonas débiles alrededor de la colostomía y tener un orificio en relación al asa intestinal. En la Fig. 24 se ha realizado la rafia del plano muscular y aponeurótico superficial y se está colocando la malla.

La colocación de drenajes en forma sistemática es considerado por los autores innecesarios ya que puede ser una vía de contaminación de la malla. Si es que hay seroma o contaminación de una malla colocada por delante de la aponeurosis lo mejor es drenarlo cuando es necesario sacando algún punto de la herida para facilitar el drenaje. Si la malla es colocada preperitoneal y se desea dejar drenaje la salida de este debe estar alejada de la colostomía.

Esta técnica puede realizarse sin colocación de malla cuando se considere que la pared es fuerte. No obstante los autores teniendo en cuenta que generalmente se trata de paredes débiles y que las recidivas son frecuentes recomiendan el uso de malla y evitar de tener que arre-

pentirse por no haber aprovechado el momento en que debía reforzar la pared.

Otras vías de tratamiento local. La vía laparoscópica ha sido utilizada haciéndose el refuerzo de la pared con malla¹³⁻²². Es factible su realización en algunos casos, la experiencia es escasa y sus ventajas están en evaluación. Los principios generales son los que se siguen en las eventraciones en general tratando de colocar la malla hendida para el pasaje del colon o dejarla aplicada al peritoneo con el epiplón mayor interpuesto y protegiendo el contacto con asas intestinales, lo que no siempre es posible de hacer. La evaluación de esta vía debe esperarse ya que la experiencia es limitada. Una selección de los pacientes es necesaria ya que son pacientes operados con múltiples adherencias que limitan las posibilidades de la vía laparoscópica.

En los pacientes con una eventración de la incisión principal que debe repararse y que tienen una eventración paraostomal se aprovecha la laparatomía para la reparación local de la ostomía o su desplazamiento a otro sitio.

Tratamiento de la eventración paraostomal con desplazamiento de la colostomía. La colostomía es desmontada del lugar en que esta y llevada a otro lugar.



Fig. 28. Sección de la placa o aro de la bolsa de colostomía para adaptarla al paciente.



Fig. 29. Bolsa de colostomía constituida por 2 partes. La bolsa que es renovada con más frecuencia se sujeta al aro que se aplica y adhiere a la piel pericostómica y permanece por mas tiempo (1 semana)



Fig. 30. Colocación de la bolsa de colostomía de dos piezas.

Como se trata en general de pacientes con debilidad de la pared es conveniente en la nueva ostomía reforzar la pared con la colocación de una malla¹¹. El lugar de la primera colostomía será tratada de acuerdo a las condiciones anatómicas con afrontamiento o superposición de planos y el uso de una malla.

Algunos autores han propugnado la colocación de malla de polipropileno como preventivo en la primera operación¹¹⁻³.

El mejor tratamiento cuando es posible es la reconstrucción del tránsito intestinal, cuando esto no es posible se recurre a las plásticas de pared o refuerzos con mallas protésicas de polipropileno.

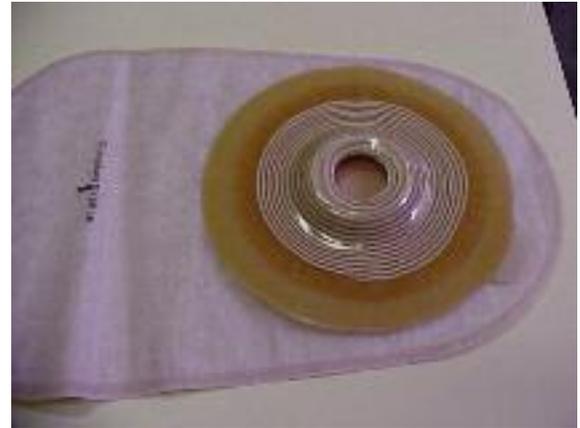
3) CUIDADOS DEL OSTOMA

El cuidado del ostoma debe estar a cargo de personal con experiencia, que pueda entrenar al paciente y a su entorno, debido que un mal manejo del mismo puede ser causa de complicaciones^{4,12}. La bolsa se debe adaptar perfectamente al diámetro del ostoma, sin dejar piel expuesta al contenido intestinal, a fin de evitar complicaciones cutáneas por contacto del contenido colónico con la piel, para esto existen aros llamados moldes de ostoma, con los cuales se determina el diámetro exacto del dispositivo recolector. (Fig 24) Tener en cuenta que a veces el ostoma no tiene forma circular y es conveniente recortar el aro dándole la forma y tamaño exacto del ostoma.

Los dispositivos de recolección pueden ser de diferente tipo, el sistema básico consiste en una bolsa con un aro de barrera, estas pueden ser de 1 pieza o de dos piezas consistentes en una bolsa de recambio frecuente (diario) y la placa de recambio semanal.(Figs. 29, 30)

El extremo de la bolsa puede ser cerrado o abierto para permitir el vaciado del contenido sin reemplazar la bolsa en ostomas de alto débito, que requieren más de un cambio diario como se utiliza en las ileostomías, aconsejables también en cualquier colostomía en pacientes con

A



B

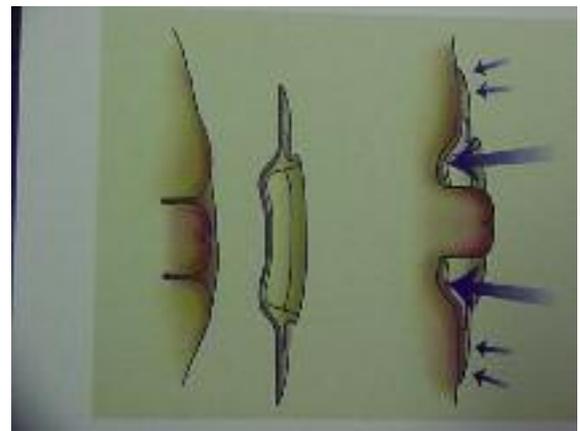


Fig. 31. Bolsas para situaciones especiales. A) Con un aro convexo. B) En un corte como se adapta a la deformación de la pared peristomal.

un cuadro diarreico donde presenta numerosas deposiciones y con heces líquidas. Se aconseja el recambio de la bolsa a horarios programados y no cuando se produce una filtración, debido a que estos episodios pueden ser perjudiciales para la rehabilitación del enfermo por el impacto psicológico. Existen aditivos que actúan como barreras cutáneas para evitar el contacto de los efluentes del ostoma con la piel, además de rellenar grietas y pliegues para una mejor adaptación del dispositivo, estos son la pasta y polvo de Karaya, las placas con hidrocoloide o gel, entre los más usados en nuestro medio.

Existe un método por el cual se pueden producir vaciados programados mediante la irrigación de 1000 ml. a través del ostoma, fuera de estas irrigaciones el paciente puede no llevar una bolsa, sino solo un parche protector. Este método está indicado en pacientes con colostomías sigmoideas o descendentes, antecedentes de deposiciones formes y a intervalos regulares, capacidad de aprendizaje del método y capacidad de asumir, el paciente, que el tiempo diario que requiere el procedimiento es de aproximadamente 45 a 60 minutos. La contraindicaciones del método de irrigación son ostomas posteriores a múltiples resecciones colónicas, hernia o prolapso del ostoma, enfermedad del colon proximal remanente y quimioterapia o radioterapia pelviana u abdominal previa.

En caso de ostomas retráctiles, planos o con pliegues cutáneos irregulares existen en el mercado bolsas espe-

ciales cuyo aro tiene una porción convexa y que ejerce presión gradual. (Fig. 31) Esta presión se ejerce con mayor intensidad en la zona interna generando entonces la protrusión del ostoma y una menor presión en la zona externa lo que proporciona una mejor adaptación con protección de la piel.

Baño: Los pacientes ostomizados pueden bañarse y ducharse sin dificultad según prefieran, con o sin bolsa de colostomía. En el caso de preferir hacerlo con bolsa puesta se aconseja cubrirla con tela adhesiva y bolsa de polietileno.

Actividades deportivas: No existen limitaciones para realizar ejercicios físicos, ni natación. En casos de deportes de contacto físico es conveniente amortiguar la zona del ostoma, o en su defecto sugerir actividades sin contacto físico.

Imagen Corporal: Las personas sanas en general no

tienen conciencia de su imagen corporal. Esta se ve aumentada con la presencia de una enfermedad la cual aumenta la percepción de los pacientes. Esta imagen corporal es un componente importante del Yo y la Autoestima. También tiene importancia la reacción que tienen el entorno familiar y las amistades, ya que pueden facilitar o dificultar la aceptación de ese cambio corporal (ostoma). Los problemas psicosociales no siempre valorados son bastantes frecuentes. Mahjoubi y colab.¹⁵ sobre 330 colostomías lo encuentran en el 56,4%.

Sexualidad: La mayoría de los pacientes ven como un verdadero obstáculo la presencia de un ostoma para la sexualidad. En lo posible, en casos de cirugías programadas, se recomienda tratar el tema en terapia psicológica junto a su pareja.

Hay que diferenciar las alteraciones de erección que presentan las cirugías resectivas rectales ocasionadas por las lesiones nerviosas que se presentan en un alto porcentaje de casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. ABRAMS BL, ALSIFALKI FH, WTERMAN NG: Colostomy: a new look at morbidity and mortality. *Am Surg* 1979; 45: 462-4.
2. ALLEN-MERSH TG, THOMSON JP: Surgical treatment of colostomy complications. *Br J Surg* 1988; 75:416-418.
3. ARAUJO SE, HABR-GAMA A, TEIXEIRA MG, CARAVATTO PP, KISS DR, GAMA-RODRIGUEZ J: Role of biological mesh in surgical treatment of paracolostomy hernias. *Clinics* 2005; 60: 271-6.
4. AUKETT LK, BONSAINT R, CORBIN C y colab.: National guidelines for enterostomal patient education. *Dis Colon Rectum* 1994;37: 559-563.
5. BURNS FJ: Complications of colostomy. *Dis Colon Rectum* 1970;13: 448-50.
6. CARNE PW, ROBERTSON GM, FRIZELLE FA: Parastomal hernia. *Br J Surg* 2003;90:784-793.
7. CUBERTAFOND P, GAINANT A, BARBIER J, COSTE G: Colostomies: indications et complication. À propos d'une analyse de 1142 cas. *Chirurgie* 1985; 111: 331-41.
8. DUCHESNE JC, WANG YZ, WEINTRAUB SL, BOYLE M, HUNT JP: Stoma complications: a multivariate analysis. *Am Surg* 2002; 68: 961-6.
9. EDWARDS DP, LEPPINGTON-CLARKE A, SEXTON R y colab.: Stoma related complications are more frequent after transverse colostomy than loop ileostomy: a prospective randomized clinical trial. *Br J Surg* 2001;88:360-363.
10. ETALA E: Atlas of gastrointestinal surgery. Williams & Wilkin, Baltimore (USA). Vol. II, 1997
11. GOGENER I, MORTENSEN J, HARVALD T, ROSENBERG J, FISCHER A: Prevention of parastomal hernia by placement of a polypropylene mesh at the primary operation. *Dis Colon Rectum* 2006 Jul 10.
12. GOLIGHER JC: Surgery of the anus, rectum and colon. 5th ed. London: Baillier Tindall, 1985: 703-5.
13. GOULD JC, ELLISON EC: Laparoscopic parastomal hernia repair. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2003; 13: 51-4.
14. LONGMAN RJ, THOMSON WH: Mesh repair of parastomal hernias -a safety modification. *Colorectal Dis* 2005; 7:292-4.
15. MAHJOUBI B, MOGHIMI A, MIRZAEI R, BIJARI A: Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. *Colorecta Dis* 2005; 7: 582-7.
16. MICHOT F, GAILLARD JC, LOYGUE: Complications tardives des colostomies. *Chir Visc* 1979; 2: 213-24.
17. PARK JJ, DEL PINO A, ORSAY CP y colab.: Stoma complications. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1575-1580
18. SHELLITO PC: Complications of abdominal stoma surgery. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1562-72.
19. STEELE SR, LEE P, MARTIN MJ, MULLENIX PS, SULLIVAN ES: Is parastomal hernia repair with polypropylene mesh safe? *The American Journal of Surgery* 2003; 185: 436-440
20. STEPHENSON BM, PHILLIP RK: Paraostomal herniation: local resiting and mesh repair. *Br J Surg* 1995; 82: aaaa-aa1395-6.
21. TEPETES K, SPYRIDAKIS M, HATZITHEOFILOU C: Local treatment of a loop colostomy prolapse with a linear stapler. *Tech Coloproctol* (2005) 9:156-158
22. VOITK A: A simple technique for laparoscopic paracolostomy hernia repair. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1451-3.