

Colostomía: aspectos a conocer y recordar

Colostomy: aspect to know and remember

Dr. Bárbaro Agustín Armas-Pérez ^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3109-7231>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Universitario Amalia Simoni. Servicio de Cirugía. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia (email): baap.cmw@infomed.sld.cu

Recibido: 03/07/2019

Aprobado: 22/10/2019

Ronda: 1

ESTIMADO DIRECTOR:

Recién compartían tres colegas sobre colostomía (C) y cirugía colorrectal; y como referente europeo y mundial surge el nombre de John Cedric Goligher (1912–1998), gran cirujano británico del pasado siglo, de siempre una autoridad en este campo. Al final coincidieron en que no fue tan reconocido en nuestro medio. ⁽¹⁾

La C es la exteriorización de un segmento del colon por algún motivo o propósito mediante un proceder quirúrgico el cual debe dominar en mayor o menor medida el médico especialista al igual que el residente. Estos aspectos a conocer y recordar en la carta, tienen el propósito de facilitar su comprensión. Se puede ver 400 años AC y en tiempos de Aristóteles, Praxágoras, en la isla de Kos, inicia el método operatorio al practicar fístulas entero cutáneas por punción en casos con íleo intestinal por hernias. Es probable que el suceso más remoto conocido y que provocó una fístula o hubiese requerido una C fuera relatado en el Libro de los Jueces de la Biblia, cuando Ehud apuñaló a Eglon Rey de Moab, la suciedad le salía por el abdomen y murió. ^(2,3,4,5)

Alexis Littre, citado por Hierro JD et al. ⁽²⁾ y Medero Curbelo ON et al. ⁽³⁾ propuso en el año 1710 y así se publicó en La Historia de la Academia Real de las Ciencias; el abocar el colon sigmoideas a la piel como solución a un niño recién nacido que falleció al sexto día debido a una oclusión intestinal congénita, nunca se registró si el autor con después llegó a realizarla; no obstante a partir de entonces, la literatura médica reconoce la sigmoidostomía como operación de Littre. Según citan Hierro JD et al. ⁽²⁾ y Medero Curbelo ON et al. ⁽³⁾ Henry Pilloreen 1770, cirujano francés de Rouen hace la primera tiflostomía (cecostomía). En 1783 Antoine Dubois realiza la primera sigmoidostomía sin éxito en un niño con imperforación anal, aunque también se le atribuye a Duret C en Brest Francia, quien 10 años más tarde la realizó con éxito y la comunicó en la Recueil de Medicine, de París

en 1798, en un recién nacido con ano imperforado a quien exteriorizó por vía lumbar izquierda el sigmoide con apertura longitudinal y que logró sobrevivir 45 años.

La primera C transversa fue realizada por Fine en Ginebra 1797, por tumor rectal y fue por error, creyó que era el iliún distal. ^(4,5)

En 1820 Daniel Pring realiza en París la primera C izquierda por cáncer rectal; desde 1839 ya se realizaba y era conocida como ano de Amussat a una C lumbar extraperitoneal que años después es publicada y se populariza. El ano iliaco de Richet y Verneuil se describió más tarde; aparecen ambas técnicas con la única finalidad de mejorar los resultados. La C o ano artificial se extenderá más tarde para solucionar el ilio u obstrucción intestinal. La C no es solo exteriorizar y abrir el colon, este debe permanecer fuera de la cavidad abdominal y para ello surgieron varios artificios técnicos. Mason en 1873, publicó 80 casos tratados con C debido a ilio intestinal con una mortalidad del 32 %. ^(2,3,4,5)

Según Charúa Guindic L, ⁽⁵⁾ la primera C no madurada o no fijada a la piel, fue realizada por Karel Maydl, en 1884 y comunicada en 1888, este cirujano fijaba el asa al suspenderla con una tira de gasa o una varilla untada en yodoformo a través de una apertura en el mesosigma, sencilla de hacer y que llega a nuestros días máxime si es de tipo temporal. Kelsey CB en 1889, propone para fijar el asa colocar traba a través el meso uniendo los bordes de peritoneo y piel. Reeves en 1892 utilizó tubo de goma como espolón y Heath en igual año usó una varilla de vidrio. ^(2,3,4)

Clasificación:

A. De acuerdo a su morfología pueden ser:

- a) laterales o en asa, casi siempre temporales, y
- b) terminales, por lo general permanentes.

B. De acuerdo a la capacidad de continencia:

- a) no continentes, las heces no se contienen por no realizarse un método de continencia, y
- b) continentes, en este caso se realiza con técnicas que persiguen lograr esta función, como ejemplo la C perineal continente de Schmidt.

C. De acuerdo a restablecer o no el tránsito:

- a) temporales, son las que derivan el contenido colónico en forma transitoria y, solucionada la causa que la motivo se reconstruyen o se cierran, y
- b) definitivas, son las que no admiten reconstrucción motivadas a: amputación del colon distal a la ostomía; no darse solución a la causa que las originó o por riesgo quirúrgico del enfermo que no aconseja la reintervención por noxas asociadas.

D. De acuerdo a su finalidad:

- a) descompresivas,
- b) derivativas.

E. De acuerdo a su técnica:

- a) en asa o lateral,
- b) en estoma doble, cañón de escopeta o doble cañón de escopeta,
- c) en estoma único o terminal.

F. De acuerdo a su localización en el colon:

- a) cecostomía,
- b) ascendente,
- c) transverso,
- d) descendente,
- e) sigmoides.

Las que mejor funcionan como es lógico son las de colon izquierdo. ^(2,3,4,6)

Maduración de la colostomía:

Maduración y madurar, términos utilizados y quizás poco comprendidos, no es más que la sutura y fijación del borde de la mucosa colónica abierta a la piel; significa en biología: modificar el estoma para que luego cumpla sus funciones, ⁽⁷⁾ se conocen dos variantes:

- a) Inmediata, o técnica de Denis y Fallis, aunque fue Patey, ⁽²⁾ quien primero la hizo. Se abre el colon sobre la bandeleta anterior, fijando la mucosa a piel con puntos de absorción lenta y se realiza después de cerrar la laparotomía inicial, la C por otra abertura;
- b) tardía, técnica de Wangesteen es realizada 24 horas después del proceder inicial, se abre la C por la bandeleta fijando la mucosa a piel en la misma cama del enfermo, todo con anestesia local. La no madurada al pasar los días, se adapta, organiza y cumple su función, pero no confundirla con la madurada. ^(4,5)

Colostomía continente:

Se han ideado técnicas para lograr continencia en C, entre ellas:

- a) anillo magnético;
- b) la banda ajustable;
- c) la técnica de Koc, que a pesar de ello la mayoría de las veces las ostomías quedan incontinentes.

La C perineal continente por auto injerto se efectúa en casos escogidos, solo utilizada en pacientes con amputación perineal, con riesgo bajo de recidiva y en lesiones malignas con satisfacción del 50 %. Estas técnicas más complejas y controversiales están asociadas a la alta tasa de morbilidad por ejemplo: Pickrell 1952 usa el músculo gracilis, otros usan músculo glúteo. El implante de un marcapaso estimula el músculo, aumentan el tono, la contractilidad con un éxito cercano al 60 %. ^(4,5,7,8)

La continencia puede lograrse también con bandas ajustables y dispositivos con tres accesorios: banda de silicona inflable que rodea el colon; balón regulador de presión y bomba de control. Se infla la banda con líquido y se implanta la bomba en el tejido celular subcutáneo. Son técnicas nuevas realizadas en C perineal continente o no y en otras C definitivas; pero deben pasar la prueba del tiempo. ^(4,5,7,8)

En resumen:

- a) Las C alteran la anatomía y fisiología del paciente portador y no son bien aceptadas por el paciente y la familia.
- b) En las C más distales, el contenido evacuado es muy parecido a las deposiciones normales.
- c) Las izquierdas suelen ser más funcionales y las derechas las que más se complican a corto y mediano plazo.

- d) La maduración y continencia son términos no siempre bien comprendidos.
- e) El personal médico, de enfermería y el resto del personal asistencial debe responder a las necesidades de estos pacientes portadores de C.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos FG, Nahas SC, Cecconello I. The life of John Cedric Goligher (1912–1998) revisited. *J Med Biogr.* 2014;24(3):380-3.
2. Hierro JD, Abed G. Colostomías. En: Galindo F, editor. *Cirugía Digestiva*. T. 3 [Internet]. Argentina: Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva; 2009 [citado 26 Mar 2020]:[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/tomotres.htm>
3. Medero Curbelo ON, Bencomo García AL, Noda Sardiñas CL. Colostomías e ileostomías. En: Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON, editores. *Cirugía. Afecciones del tubo digestivo y de la región sacrococcigea*. T. 4. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018. p. 444-56.
4. Fry RD, Mahmoud NN, Maron DJ, Bleier JIS. Colon y recto. En: Townsend CU, Evers BM, Beauchamp RD, Mattox KL, editors. *Tratado de Cirugía. Fundamentos biológicos en la práctica quirúrgica moderna*. 19 ed. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 1294-1380.
5. Charúa Guindic L. Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías. *Rev Med Hosp Gen Mex* [Internet]. 2006 [citado 26 Mar 2020];69(2):113-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg062j.pdf>
6. Diccionario Larousse. *El Pequeño Larousse Ilustrado*. 10 ed. Bogotá: Ediciones Larousse; 2004. Maduración y Madurar. p. 630.
7. Zarate AJ. Ostomias, Ileostomía y colostomías. *Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas* [Internet]. Finis Terrae: Universidad, Escuela de Medicina; 2014 [citado 26 Mar 2020]:[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://medfinis.cl/img/manuales/ostomias2.pdf>
8. Valdivieso B MF, Zarate C AJ. Calidad de vida en pacientes con cáncer de recto. *Rev Med Clin Condes*. 2013;24:714-8.

CONFLICTOS DE INTERESES

El autor declara que no existen conflictos de intereses.