

Cuidados de la ileostomía y técnica a seguir en el tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa

Doctor Fermín Palma

Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Provincial de Jaén

Durante la primera década del siglo se inició la puesta en práctica, en el tratamiento quirúrgico, de la colitis ulcerosa, de la *ileostomía*, sobre un asa exteriorizada. Después se instauró la ileostomía terminal de funcionamiento más eficaz, pero pronto se vio que la derivación del tránsito fecal era insuficiente. El colon enfermo seguía sangrando y actuaba como una fuente de absorción de tóxicos e incluso se perforaba. Se confirmaba que las lesiones tienen un carácter irreversible.

A partir del año 1949, en que Miller y Coll la divulgaron en una publicación, se aceptó el practicar la ileostomía y colectomía subtotal en un tiempo, siendo la intervención de más elección y la que nosotros hemos venido practicando, pues una de las razones del buen éxito de esta cirugía ha sido la per-

fección en la técnica de ileostomía, incluso en los casos fulminantes y graves.

Hay que señalar que las incisiones abdominales para la colectomía deben situarse lo más lejos posible del cuadrante derecho, donde irá situada la ileostomía. En el caso que nos ocupa, debe dejarse la mayor parte del íleon terminal, y seccionarlo en la proximidad de la válvula íleo-cecal, a fin de conservar la mayor parte de mucosa con capacidad absorbente. Esta sección del íleon terminal hay que hacerla dejando un buen muñón mucoso que pueda evortirse luego, a fin de proteger la ileostomía, como más adelante insistiremos, pues la práctica de la ileostomía requiere unas reglas que hay que divulgar y que hagan este tipo de intervención lo más tolerable al organismo.

Estas medidas son:

- la boca de ileostomía debe ser saliente, que permita que el dispositivo adhesivo reciba las evacuaciones con normalidad;
- la abertura debe estar rodeada de piel sana y en buena situación, para que no molesten las espinas ilíacas antero superiores, la colocación del cinturón o de los simples discos adhesivos, del dispositivo, si éste es adhesivo;
- la superficie serosa expuesta debe quedar revestida de mucosa, o sea, ileostomía evertida, para evitar disfunción de la misma;
- debe hacerse profilaxis del prolapso y de la retracción o estenosis.

Un breve comentario requiere que hagamos de cada una de estas medidas técnicas, ya que, bien llevadas, es lo que ha mejorado enormemente los resultados de la colitis ulcerosa tratada por colectomía total. A ello contribuyen también los clubs de ileostomizados, que han difundido esta utilidad de la colectomía e ileostomía en la rehabilitación de pacientes de colitis ulcerosa, con su adaptación psicológica, información sin costo y ayuda notable para cuidar las prótesis. Estos clubs, más que de ileostomizados, proponemos nosotros, sean también de colostomizados, pues en nuestros medios se deben unificar en

un principio, por estar todavía los primeros en un corto número.

Una vez seccionado el ileon terminal, interesará en ocasiones su enderezamiento, por lo que habrá que ligar algunos vasos terminales mesentéricos, como indica el grabado (fig. 1). El ileon venimos seccionándolo con un corte limpio de tijera recta, o bien utilizando clamps intestinal de De Martel.

Nunca una boca de ileostomía debe quedar plana, pues rezuma y no vacía bien en la bolsa. La longitud deberá oscilar entre 3 y 4 cms. Este detalle hay que cuidarlo. Siempre habrá que exteriorizar el doble de lo que se desea dejar, pues con la eversión de la mucosa quedará reducido a la mitad. La boca deberá mirar recto hacia delante y hacia abajo. Hacia arriba la boca funcionaría mal.

Hay autor que ha extirpado el ombligo y ha sacado el ileon por el orificio hecho así. Los enfermos dicen que este sitio abulta más con el dispositivo y que queda muy cerca de la herida laparotómica. Nosotros empezamos con la práctica de la circunferencia o mejor de la elipse de piel, donde quedará la ileostomía, aun cuando se puede hacer al final, según indica el esquema (fig. 2), cuidando que quede en los abdomen péndulos un poco alta, pues en cuanto se coloque de pie el paciente, la ileostomía irá más abajo, o cuando engorden, y enton-

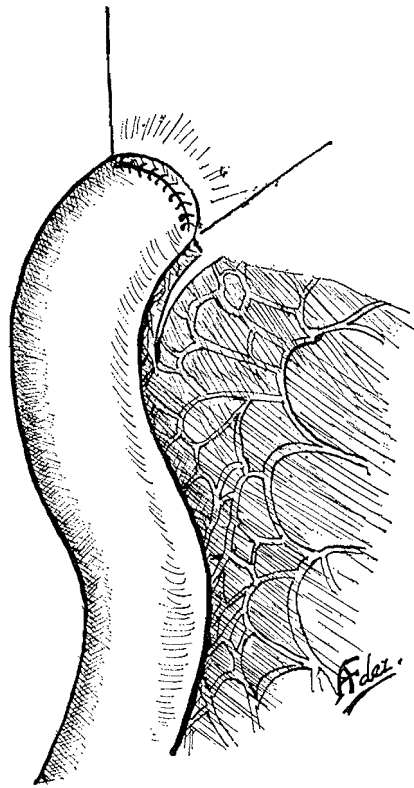


Figura 1.^a
En ocasiones será necesario el enderezamiento del íleon terminal.

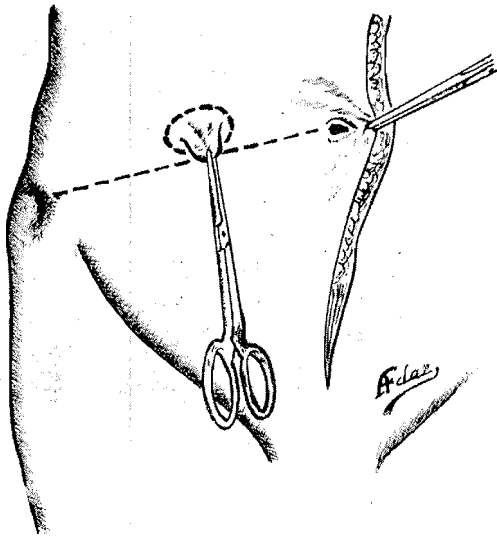


Figura 2.^a
Situación anatómica de la ileostomía.

ces molestarán las espinas ilíacas. La abertura de la piel, al tener forma de elipse y con el diámetro horizontal menor, es posible que la forma final de la boca sea redonda, ya que las tensiones de la piel son a los lados y centro. Esta abertura de la piel no será ni muy grande, ni muy pequeña expuesta a estrecheces, sino proporcionada al diámetro del íleon. Una buena medida: el diámetro vertical de la elipse debe ser el del íleon.

La abertura de la pared abdominal, desde la piel a la cavidad peritoneal, será un cono truncado invertido con base en la piel. La abertura cutánea será, por lo tanto, mayor que la peritoneal. Después de extirpar la elipse de la piel, se extirpa la grasa subcutánea. Después, la fascia en cruz se abre. Se resecan los triángulos sobrantes. El músculo, con la ayuda de la diatermia se hemostasia y se dislacera. La vaina posterior del recto en cruz también, reseca los triángulos resultantes, o bien, si la abertura cae más externamente, la fascia transversalis. Por último, el peritoneo, que bastará con abrirlo lo suficiente para el paso del íleon. Una abertura peritoneal exagerada puede ser la causa de prolapso o de estrangulación de un asa delgada.

Entre las medidas que tienden a mantener un buen funcionamiento de la ileostomía figura el evitar el prolapso y la estenosis o retracción, tan frecuente en las colostomías. El

borde cortado del mesenterio (fig 3) se fija al peritoneo parietal anterior con varios puntos, cuidando no herir los vasos mesentéricos. Siempre que sea posible, sin causar tensión alguna, se siguen poniendo puntos de fijación para cerrar el espacio lumbar por fuera de la ileostomía. Con esta maniobra se logra una fijación sólida, se oblitera una abertura potencial en la que pueden quedar aprisionadas asas intestinales delgadas, y finalmente se incluye el borde cortado vivo del mesenterio. Sin embargo, hay que cerrar por completo el espacio lateral, porque se hace más mal que bien, según hemos comprobado, si se deja un pequeño lugar entre el borde cortado sobrante del mesenterio y el peritoneo parietal posterolateral derecho.

Si tenemos que hacer tensión para cerrarlo por completo, es preferible dejar abierto dicho espacio en cuestión, lo que más recientemente hemos visto practicar a Thompson, y fijar el borde mesentérico al peritoneo parietal en solo unos dos o cinco centímetros.

Hay que tener también cuidado con la abertura parietal del peritoneo, por donde sale el íleon, pues en un caso nuestro, tuvimos que intervenirle, unos años después, por una hernia interna a nivel de dicho orificio.

Coligher ha descrito un método de ileostomía extraperitoneal, apli-

cado también a la colostomía, en donde deja el íleon o el colon detrás del peritoneo parietal posterior y lateral. Carecemos de experiencia de tal proceder.

Finalmente, uno de los adelantos importantes en la confección de la ileostomía ha sido la eversión de la mucosa, con lo que el extremo exteriorizado queda cubierto y revestido por ésta. Para ello se requiere la extirpación de un cilindro seromuscular, en el extremo ileal, de forma que pueda girarse al revés y cubrir por completo la serosa de la extremidad saliente. El resultado es una ileostomía saliente, relativamente pequeña y de buena forma. Hay autor que prefiere la eversión de todo el espesor y desde luego resulta de técnica más sencilla, fijando el borde volteado a la superficie serosa del íleon, para conservar su posición y evitar su deslizamiento hacia dentro.

Por último, la herida operatoria debe ser mínima, para que toda la superficie derecha del abdomen quede libre. Aplicación de una bolsa adhesiva muy bien adaptada, permite cortando el extremo distal de la bolsa, cuando el enfermo está en cama, conectarla a un tubo en sifón, con el fin de controlar las pérdidas de líquidos y electrolitos en los

primeros días del postoperatorio y cuando el enfermo más se puede descompensar. A veces hay que darle al paciente elixir paregórico, a fin de disminuir el débito de la ileostomía. Hay que aconsejar a estos pacientes que mastiquen muy bien y que coman lentamente y no beber más que en los momentos de las comidas.

Las complicaciones generales de la ileostomía, como fistulas subcutáneas, oclusión (uno nuestro) prolapso, estenosis, invaginación, ileostomía sangrante y las erosiones cutáneas, a veces requieren rehacer una ileostomía, mejor forma de hacerla correcta.

Se suele decir que el cirujano hará bien en no olvidar que para el paciente la operación es la ileostomía, no la colectomía. De la adaptación del paciente a la nueva función depende mucho su futura actividad social y económica. Por lo tanto, una *ileostomía* bien hecha, correctamente funcionante, es el principio esencial de la triada en el tratamiento adecuado de la colitis ulcerosa. Dicha triada consistirá, pues:

- boca bien hecha;
- adaptación psicológica;
- prótesis adecuada.

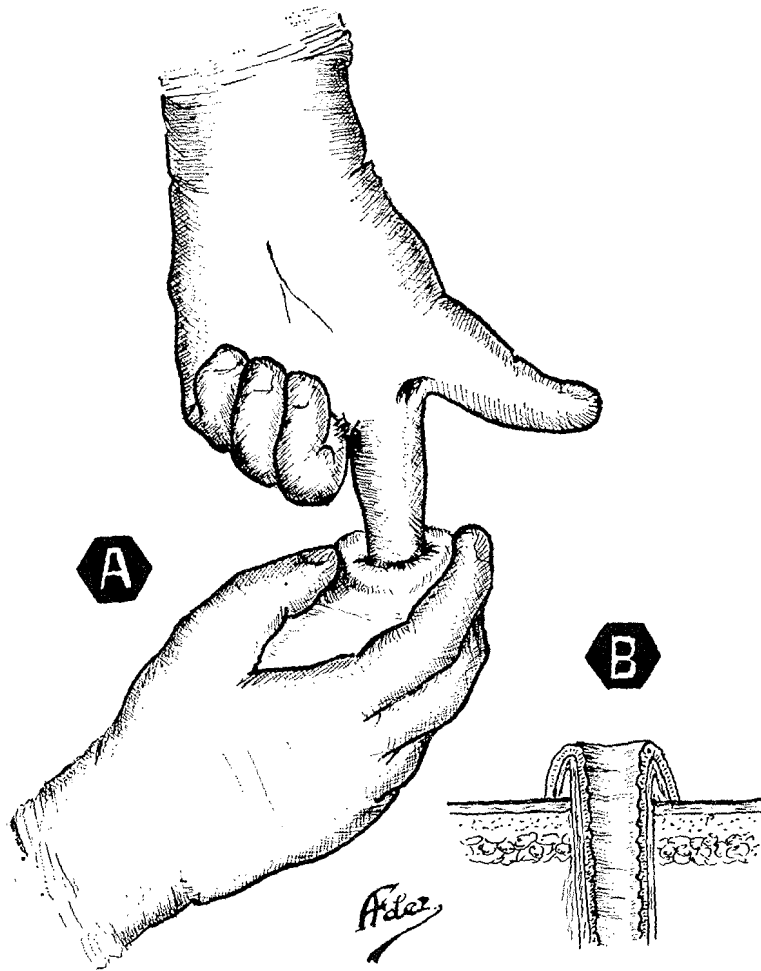


Figura 5.^a
Ileostomía terminal eversante.

B I B L I O G R A F I A

- Bargen, J. A., Brown, P. W. and Rankin, J. W.: Indications for and technique of ileostomy in chronic ulcerative colitis. *Sur. Gynec. Obst.* 55:196, 1932.
- Brooke, B. N.: Management of ileostomy including complications. *Lancet*, 2:102, 1952.
- Crille, G. Ir. and Turnbull, R. B.: The mechanism and prevention of ileostomy dysfunction. *Ann. Surg.*, 140:459, 1954.
- Dennis, C.: Ileostomy and colectomy in chronic ulcerative colitis. *Surgery*, 8:435, 1945.
- Flannery, M. G.: Creation, care and complications of ileostomy. *Ann. Surg.* 151:970, 1960.
- Fleming, J. P. and Lin-Min, Ou Yans: The ileostomized patient. *Dis. Colon and Rectum*. 7:147, 1964.
- Garlock, J. H. and Kirschner, P. A.: Prevention of ileostomy dysfunction. *Surg.* 40:678, 1956.
- Gcligher, J. C.: Extraperitoneal colostomy or ileostomy. *Brit. J. Surg.* 46:97, 1958.
- Lyons, As.: Technique of the ileostomy. *The surgical clinics of North America*. October, 1965.
- Michel, A., Guillemin, G. et Montagne, D.: *Lyon Chirurgicale*, T. 62, n.º 5. pág. 760/762, 1966.
- Miller, C. G., Gardner, C. M. and Ripteis, O. B.: Primary resection of the colon in ulcerative colitis. *Canad. M. A. J.*, 60,584, 1949.
- Warrwn, R. and McKittrick, L. S.: Ileostomy for ulcerative colitis. Technique, complications and management. *Eur. Gynec. & Obs.* 93:555, 1951.