

## INDICACIONES Y CONSTRUCCIÓN DE UNA COLOSTOMÍA DESCENDENTE TERMINAL

Dr. Fermín Palma\*  
Dr. Antonio Delgado Ojeda\*\*  
Dr. José Luis Gómez\*\*\*  
Dr. Gabriel Martínez\*\*\*

*\*Jefe Servicio Cirugía Centro Hospitalario «Princesa de España». Jaén  
\*\*Jefe Clínico (en excedencia forzosa)  
\*\*\*Médicos Adjuntos Cirugía (en excedencia forzosa)*

### INDICACIONES DE UNA COLOSTOMÍA PERMANENTE

La colostomía permanente o definitiva representa un imperativo técnico cada vez que la región esfinteriana anal debe ser sacrificada en el curso de una intervención quirúrgica o cuando la continencia fecal haya quedado anulada y lesionada con carácter irreversible. Supone un abocamiento terminal cutáneo directo después de la sección del colon, asegurando el vaciamiento intestinal por un solo orificio funcional.

El mayor número de colostomías definitivas se practican después de la ablación de los carcinomas situados en el tercio inferior del recto, representando casi el 80% de los estomas permanentes que se confeccionan en el colon. El 20% están motivados por afecciones no neoplásicas, como son la afectación inflamatoria recto anal en el curso de la enfermedad de CROHN, las proctitis actínicas y las fístulas múltiples y extensas, que causan esos dos procesos, que ponen comunicación órganos de la baja pelvis. Asimismo, las lesiones nerviosas por sección medular o procesos congénitos irreversibles con anulación o supresión de toda actividad del aparato esfinteriano anal.

Igualmente, en los grandes traumatismos del periné que por la extensión de sus lesiones y daño de la continencia no pueden ser separados.

Hay que añadir los cánceres del conducto y del margen anal (T<sub>3</sub> y T<sub>4</sub>) tributarios de cirugía radical y no de terapia conservadora secuencial (radioterapia + quimioterapia + cirugía local), como son aquellos que invaden e infiltran el esfínter externo, o bien, los tejidos pélvicos adyacentes, que son, además los que pueden tener afectación ganglionar, inguinal o pélvica (1).

Por último, en aquellos pacientes sometidos a cirugía colorrectal, con técnica de HARTMANN y en los que posteriormente no se reconstruyó la continuidad intestinal, quedando, en consecuencia, con una colostomía terminal en colon descendente.

Procesos excepcionales, por su escasísima frecuencia, pero con indicación de colostomía permanente, son las sigmoideo-proctitis isquémicas y las endometriosis rectales invasivas.

En la Tabla I quedan resumidas las indicaciones de una colostomía permanente y que pueden surgir en la práctica quirúrgica habitual.

La posibilidad de reseca neoplasias bajas del recto sin comprometer la radicalidad de la intervención y el mejor entrenamiento en la confección de las anastomosis mecánicas, ha hecho que el número de colostomías definitivas, en una cierta proporción, variable según los centros, haya disminuido.

TABLA I

INDICACIONES COLOSTOMÍA PERMANENTE
Cáncer 1/3 inferior de recto
Invasión rectal enfermedad de CROHN
Proctitis actínica con lesión esfinteriana
Lesiones médula espinal congénita o adquirida
Traumatismos perineales con daño irreparable de la continencia fecal
Cáncer conducto y margen anal (T <sub>3</sub> y T <sub>4</sub> )
Operación de HARTMANN, sin posterior reconstrucción continuidad intestinal
Proctitis isquémica
Endometriosis rectal invasiva

Los pacientes que más sufren este tipo de colostomías son adultos, si se trata de procesos inflamatorios pero si la indicación es por neoplasia, es posible sean mayores. El carcinoma de recto es un tumor con una edad de incidencia máxima alta, por lo que es frecuente practicarla en pacientes geriátricos (2).

Esta colostomía suele ubicarse en la fosa ilíaca izquierda utilizando el colon sigmoide o el colon descendente. De ahí que se le denomine también colostomía descendente. El tamaño, lógicamente, corresponderá al mismo del colon y no deberá sobresalir del nivel de la piel del abdomen más que unos milímetros.

El funcionamiento de la colostomía terminal se inicia entre el 3.º y 4.º día con expulsión de gases para después continuar con un fluido mucoso de color achocolatado, pasando en seguida a vaciar unas heces cremosas y más compactas a partir de la primera o segunda semana y con influencia del reflejo gastrocólico, o sea, tras las primeras ingestas de la jornada.

El número de evacuaciones variará según los hábitos dietéticos de cada paciente. También en la producción de gases van a existir diferencias de unos colostomizados a otros, escapando desde el primer momento al control del individuo (3).

#### TÉCNICAS DE REALIZACIÓN

Cada vez que un estoma terminal del colon se impone es fundamental una irreprochable técnica quirúrgica que consiga una colostomía de buena calidad.

Todo ello va a suponer:

- estar bien situada, y una
- técnica, preventiva del mayor número de complicaciones.

Es de sumo interés y de capital importancia una ubicación del estoma en el lugar más idóneo, eligiendo un emplazamiento en la pared abdominal de la fosa ilíaca izquierda lejos del pliegue de la ingle, del ombligo y de las eminencias óseas, como son la espina del pubis y la cresta ilíaca. Hay que evitar también los pliegues cutáneos y los pliegues de flexión.

Normalmente, como es preceptivo, el lugar exacto se debe marcar antes de la intervención. Conocido es cómo un lugar señalado con el paciente en posición de decúbito supino no es el adecuado en posición erecta. Todo esto es básico y además es de especial relieve en los pacientes obesos con grasa excesiva. A estos individuos es necesario hacerle saber y ponerlo en práctica que es mejor hacerles un estoma un poco alto y algo interno, en lugar de un estoma excesivamente bajo y demasiado externo.

Un estoma del colon bien hecho supone evitar, o al menos disminuir, numerosas complicaciones, pues, un gran número de ellas se deben a errores de técnica, que van a invalidar tanto su buen funcionamiento como la adap-

tación del aparataje. El rigor de una técnica irreprochable evitará un gran número de estomas patológicos.

De tal forma, es importante todo lo anteriormente indicado, que el cirujano al final de una intervención, larga y tediosa, debe ser consciente de que la confección de un estoma considerado, muy a menudo, como un gesto menor y accesorio, supone la calidad de vida ulterior de un paciente. El cirujano debe, pues, aportar todos sus cuidados en la confección del estoma (4).

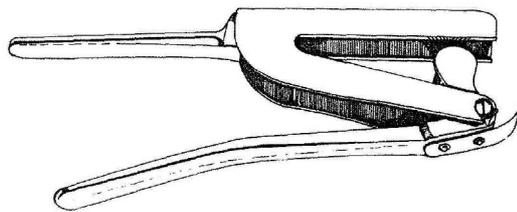
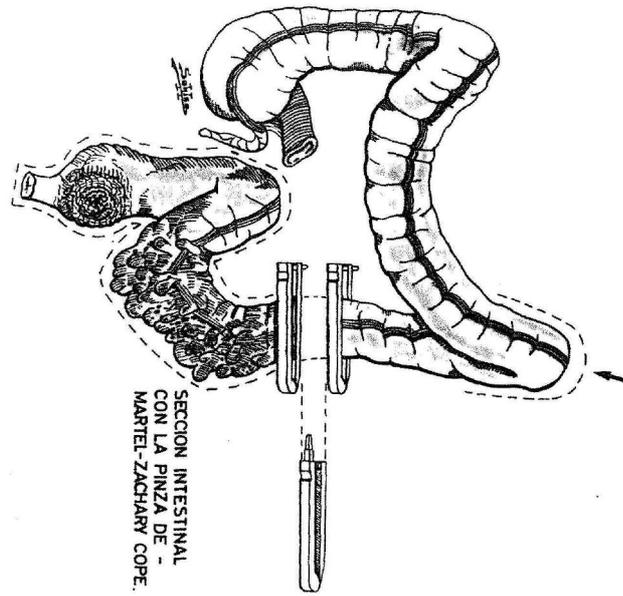
La técnica de realización de una colostomía terminal, con su carácter permanente, combina las maniobras y gestos quirúrgicos necesarios e imprescindibles con el fin de conseguir el abocamiento cutáneo directo del segmento o cabo proximal del colon izquierdo después de la sección del colon descendente con la ayuda del clamp de Martel - Z. Cope (*Fig. 1*) o con cualquier otro proceder (grapado con pinza Nakayama; TA-55; GIA) que lo realice de forma simple y, sobre todo, limpia.

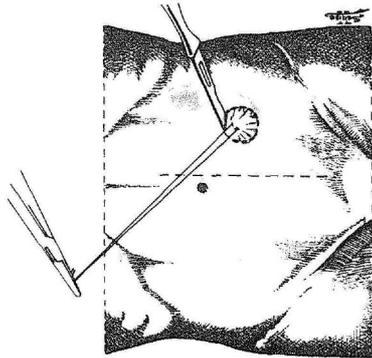
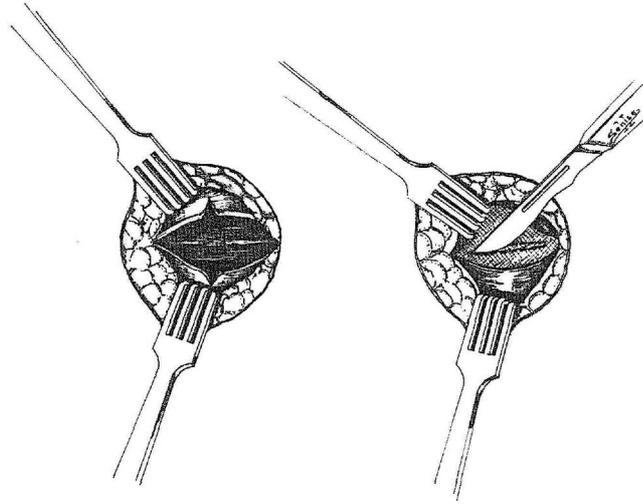
Un círculo o pastilla cutánea de 2,5 cm. de diámetro debe ser extirpada con bisturí en el sitio previamente definido de la fosa ilíaca con una pinza o con un hilo tractor; simultáneamente (una vez retirado el separador abdominal) se practica una tracción del borde izquierdo de la herida abdominal, pinchando (por debajo de la cicatriz umbilical), el peritoneo, vaina del recto y el tejido subdérmico. Situada la sección circular, equidistante (*Fig. 2*) entre el ombligo, cresta ilíaca, región inguinal y tubérculo del pubis, se termina la sección del círculo cutáneo; a continuación, se separa la grasa, o quizá mejor, en individuos obesos, se reseca en forma de cono.

La colocación de unos separadores de VOLKMANN, romos, nos permitirá descubrir fácilmente la fascia, vaina anterior del recto, o bien, la aponeurosis del músculo oblicuo mayor.

Se reseca una pequeña porción de esta aponeurosis a cada lado de su abertura que ponen al descubierto las fibras musculares del recto abdominal o bien, las del oblicuo mayor, las cuales se separan de forma roma para introducir las ramas del separador que, a su vez, hace visibles la vaina posterior del recto o bien las fibras del músculo transverso, para una vez incindida, abrir el peritoneo. Esta brecha practicada de esta forma y con maniobras delicadas, debe permitir el paso fácil de dos dedos del operador y así adaptar el diámetro del orificio al del colon que se va a exteriorizar (5) y (6).

En cirugía programada, y seguros de que la colostomía va a ser definitiva, se debe realizar el orificio de la colostomía antes que la laparatomía al practicarse todo de forma más limpia, disminuyendo la incidencia de infecciones y quedar el orificio de la pared abdominal, en todos sus planos, en la misma vertical, lo que contribuirá a un estoma más perfecto, que facilitará





TRACCION DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO.  
ELABORACION DEL FORAMEN PARIETO-ABDOMINAL.

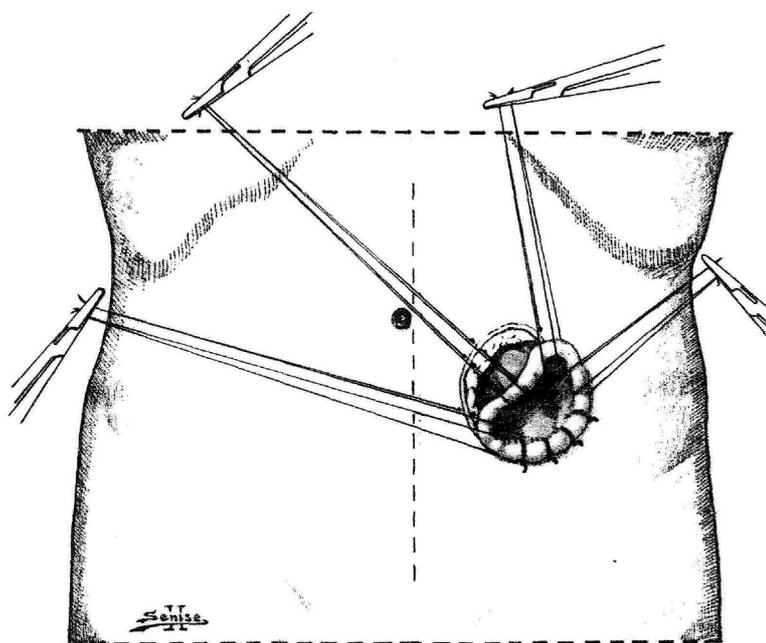
toda su asistencia (7) y (8). La fijación del colon descendente es el gesto técnico que hay que poner en práctica a continuación, a fin de cerrar todo el canal o ángulo (ángulo paracolostómico lateral) entre la pared abdominal y el colon descendente o sigmoideo. La maniobra de GOLIGHER (9) permite visualizar este ángulo introduciendo una tijera de ramas largas por el foramen labrado en la pared abdominal y haciéndole rotar hacia fuera, pone de relieve el espacio lateral, al mismo tiempo que se tensa el colon descendente, o sigmoideo realizándose una sutura entre el peritoneo parietal, el borde interno del foramen y el del colon que se exteriorizará para la confección del estoma, cuidando no penetrar en la pared intestinal. Es ahora, anudada, esta sutura cuando se hace pasar el muñón del colon a través del foramen parietal para la confección de la colostomía definitiva. Resta sólo suturar la pared del colon una vez retirado el clamp (o reseca la sutura de grapas que lo cerraba) a la piel con catgut, que nos ahorra el no precisar retirar los puntos, o si se utilizó la grapadora, retirar las grapas a los ocho días del postoperatorio (Fig. 3).

En ocasiones, puede estar indicada la técnica extraperitoneal (Fig. 4) labrando un túnel por debajo de la hoja izquierda peritoneal donde se aloja el muñón del colon sin constricción, técnica o proceder que tiene la ventaja de fijar el colon y evitar el prolapso de la colostomía.

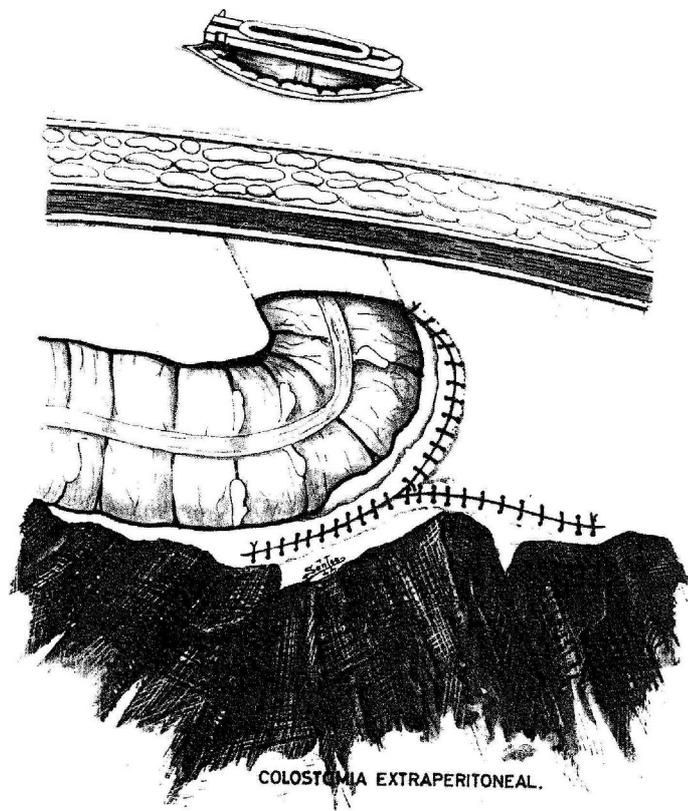
La construcción, pues, de una colostomía permanente es parte integral de la cirugía que ablaciona el aparato esfinteriano anal.

Los pacientes se sienten hoy día mejor asistidos, habiéndose reducido la frecuencia de complicaciones. Pese a los grandes progresos, la realización de un estoma debe llenar por entero la atención del cirujano para cuidar todos los detalles técnicos y de todo su entorno para seguir mejorando los cuidados del estoma y del paciente que lo sufre (10).

Finalmente, el cirujano bien entrenado en el uso de las auto-suturas mecánicas («stapling techniques») dispone de una técnica alternativa utilizando el «stapler» «Premium CEEA» que le facilita la confección de una colostomía terminal de forma precisa (11).



FINALIZACION DE LA COLOSTOMIA CON SUTURA MUCO-CUTANEA CON HILO REABSORBIBLE.



## BIBLIOGRAFÍA

1. MARTÍ RAGUE, J., y SÁENZ, A.: Patología colorrectal en H. Ortiz, Martí Rague, J., Foulkes, B. «Indicaciones y cuidados de los Estomas». Ed. JIMS, Barcelona, 1989; 103-105.
2. BAUMEL, H., y LOUS, J. F.: *Vivre avec une stomie digestive ou urinaire*. Ed. SIMEP, Villeurbanne, París, 1986; 12-16.
3. ORTIZ HURTADO, E.; SÁENZ, A., y DE MIGUEL VELASCO, M.: «Técnicas quirúrgicas en H. Ortiz, J. Martí Rague, B. Foulkes». *Indicaciones y cuidados de los estomas*. Ed. JIMS, Barcelona, 1989; 107-111.
4. TURNBULL, R. B., WEAKLEY, F. L.: *Atlas of Intestinal stomas*. Ed. The C. V. Mosby, Company Saint Louis, 1967; 145-151.
5. WINKLER, R.: *Ostomías*. Doyma, Barcelona, 1986; 10-11.
6. CELESTIN, L. R.: «The Surger and management of Intestinal Stomas». *Wolfe Medical Publications*, London, 1986; 16-44.
7. ABRAMS, J. S.: *Abdominal Stomas*. John Wright Sous Ltd. Bristol, 1984; 28-29.
8. WALKER, F. C.: *Modern Stoma Care*. Churchill Livingstone Edinburgh London, N. Y., 1976; 52-54.
9. GOLIGHER, J.: *Cirugía del Ano, Recto y Colon*, 2.ª ed., Salvad Ed., Barcelona, 1987; 619-624.
10. ABDARIAN, H., y MUSELL, K. P.: «Estomas», *Clin. Quirur*, Nort, 1988; 1.420-1.422.
11. *Stapling Techniques General Surgeri*. Third Edition. Unitet States Surgical Corporation Education Departement. Norwalk, Connecticut, 1988; 174-179.