

CIERRE DE COLOSTOMIAS - HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL ENVIGADO - JUNIO 1987 - JUNIO 1990

A. Herrera V.*; A. L. Uribe M.**

PALABRAS CLAVES: *Ostomía - Colostomía - Ileostomía - Cierre.*

RESUMEN

Se revisan 125 casos de cierre de ostomía, 119 colostomías y 6 ileostomías en la Unidad Intermedia Manuel Uribe Angel de Envigado (SSSA) durante un período de tres años (1987-1990).

Todos los pacientes fueron preparados por el mismo sistema (preparación oral) manejados con una misma técnica quirúrgica estandarizada. La mayor parte de los pacientes fueron de sexo masculino (92%), con un promedio de edad de 30 años, siendo el principal agente causal el trauma por arma de fuego (75). Se observó que el colon por enema fue normal en un 99% de los pacientes; hubo 33 complicaciones en 25 pacientes (26.4%) de los cuales 8% requirieron corrección quirúrgica y 18% se manejaron médicamente. Se observó una tendencia a disminuir las complicaciones cuando el intervalo de tiempo al cierre era mayor.

La técnica extra peritoneal y cierre primario mostró ser la de menor morbilidad. Se observó que el cierre de la piel no aumentó esta morbilidad. Se hacen recomendaciones derivadas de los resultados.

* Doctor Alfredo Herrera V.
Jefe de Cirugía
Hospital Manuel Uribe Angel, Envigado

** Doctor Adolfo León Uribe M.
Residente de Cirugía General
Facultad de Medicina
Instituto de Ciencias de la Salud CES
Medellín - Colombia

SUMMARY

125 cases of ostomy, 119 cases of colostomy and 6 cases of ileostomy closure at the Manuel Uribe Angel Hospital of Envigado during 3 years (1987-1990), were reviewed.

All patients had the same colonic preparation technic. All had the same surgical technic. 92% were men, mean age was 30 years. The most frequent trauma was by gun shot (75%). In 99% cases the barium enema was normal; there were 33 different complications in 25 patients (26.4%). only 8% had reoperated and 18% has drug therapy. We observed that complications trend to be lower when the time between operation and closure was longer.

Estraperitoneal and primary closure technics had the less morbidity. Closure of skin had no effect on morbidity. We made some advises derived of the results.

KEY WORDS: Ostomy - Colostomy - Ileostomy - Closure.

INTRODUCCION

El cierre de colostomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuente en nuestro medio, dado el alto índice de trauma penetrante abdominal con compromiso de esta víscera.

Así mismo, se hace casi imposible practicarlo en instituciones donde la primera causa de consulta es el trauma, por los días en que el paciente debe estar hospitalizado previos a la cirugía.

El Hospital Manuel Uribe Angel es una Unidad Intermedia de Salud (SSSA) donde se desarrolla princi-

palmente cirugía electiva, razón por la cual muchos de los pacientes colostomizados son remitidos a este centro.

El cierre de colostomía es una cirugía que tiene su morbilidad y su mortalidad, y como tal, no debe ser menospreciada o tenida como un procedimiento menor. Una revisión de diez publicaciones, recogiendo 1417 pacientes arrojó una morbilidad que varió entre 10% y 50%, y una letalidad entre el 0% y el 4%. En nuestro medio Ramírez y Suárez (1) 1973, arrojaron 27% de morbilidad, y Botero y Pérez (2%) 1984 arrojaron 14% de morbilidad y 0.5% de letalidad.

El presente trabajo busca mostrar la experiencia de 3 años en la Unidad Intermedia Manuel Uribe Angel adscrita al Servicio Seccional de Salud de Antioquia (SSSA).

MATERIALES Y METODOS

Entre junio de 1987 y junio de 1990 se practicaron 125 cierres de ostomía, 119 de ellas colostomías y 6 ileostomías en el Hospital Manuel Uribe Angel de Envigado.

Las cirugías fueron practicadas por los dos cirujanos de planta y el correspondiente residente rotatorio de cirugía CES. Los pacientes en su totalidad fueron programados como cirugía electiva; se hospitalizaron dos días antes de aquella y se prepararon con: Dieta líquida baja en residuo hasta la tarde anterior a la cirugía, metronidazol 500 mrg. vía oral cada 8 horas y enemas evacuantes por boca distal y colostomía o por recto. En la tarde anterior a la cirugía se practicó preparación oral del colon con solución salina 6 litros tomados 3 horas según el esquema realizado por los doctores Herrera y Paredes 1984 (3). Después de la preparación oral, o por sonda nasogástrica en caso de no haber buena tolerancia, se dejaban con líquidos parenterales hasta la mañana siguiente en que se practicaba el cierre. Todos los pacientes recibieron una dosis de Metroclorpramida antes y después de la preparación oral.

La cirugía se realizó previa asepsia con jabón de yodopovidona. La técnica se hizo estandarizada, practicando la rafia con seda 3(0) en un solo plano, y siempre que fuera posible preservando las adherencias peritoneales (técnica extraperitoneal) y cierre primario. Sólo cuando éste no fue posible técnicamente o correspondía a colostomías termina-

les o ileostomías, se practicó resección y anastomosis T - T en un solo plano.

Aquellos casos que no presentan características agravantes de la cirugía como abscesos, granulomas piógenos, contaminación por preparación inadecuada o patologías de base, fueron manejados como cirugía limpia contaminada y se les practicó cierre de la piel con Prolene 3(0) puntos separados. Todos los pacientes que no presentaron dificultades quirúrgicas, contaminantes o patologías previas, fueron manejados en el post-operatorio únicamente con líquidos parenterales y analgésicos; solamente cuando hubo evidencia de infección se iniciaron antibióticos postoperatorios.

A aquellos pacientes que evolucionaron satisfactoriamente se les inició la vía oral entre 24 y 48 horas después de haberseles intervenido y dados de alta entre las 48 y 72 horas (5° día).

Los pacientes fueron revisados en su gran mayoría una semana y un mes después de la cirugía antes de ser dados de alta por el servicio.

RESULTADOS

De los 125 casos, 115 (92%) fueron de sexo masculino y 10 (8%), fueron de sexo femenino; el promedio de edad fue de 30 años con extremos entre 14 y 67 años.

La procedencia de la mayor parte de los casos fue del área metropolitana (87%), y el restante (12%) procedente de otros municipios del departamento. Sólo el 1% procedía de otros departamentos.

El agente causal que con mayor frecuencia lesionó el colon fue el arma de fuego (75%). Las colostomías por causa traumática fueron 91.6% mientras el 8.4% fueron de causa médica.

La colostomía como indicación primaria se dio en 89 pacientes (71%) mientras en 31 (29%), fue producto de una exteriorización que filtró. Sólo se pudo documentar la técnica de Kirpatrick (4) en dos casos, las demás se exteriorizaron por técnica del tubo de caucho. El tipo de la colostomía más frecuentemente hallado fue "en asa", 106 pacientes (86%). Las otras variedades y las ileostomías correspondieron a las restantes (14%).

Se encontraron resultados significativos en cinco puntos que merecen resaltarse:

1. **Colon por enema:** resultó ser normal en el 99% de los casos a quienes se les realizó (103 casos). Sólo un caso lo tuvo anormal pero no se diagnosticó antes del cierre de la colostomía, reactivándose un absceso pélvico después de la cirugía.

2. **Complicaciones:** Se presentaron 33 complicaciones en 25 pacientes, arrojando una morbilidad total de 26.4%. Las complicaciones que requirieron corrección quirúrgica (mayores) fueron 10 (8%); entre tanto 23 (18.4%), requirieron sólo manejo médico (menores) (Tabla 1). No hubo mortalidad en el presente trabajo.

TABLA 1
COMPLICACIONES DEL CIERRE DE COLOSTOMIA
HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL - ENVIGADO
1987 - 1990

		No.	%
Complicaciones Mayores	Peritonitis	3	
	Absceso intraper.	3	
	Hernia	4	
		10	8
Complicaciones Menores	Infección Hda	17	
	Fístula	2	
	Obstrucción Parc.	2	
	Hematoma	1	
	Seroma	1	
		23	18.4
Total		33	26.4

3. **Intervalo de tiempo al cierre:** La mayoría de los casos (73%) se cerraron entre 1.5 y 6 meses. Sólo un 3% se cerró antes de ese tiempo. Hubo un 24% de cierres tardíos (más de 6 meses). Los grupos de 1.5 a 3 meses, de 3 a 6 meses, y más de 6 meses resultaron comparables entre sí. A pesar de que las diferencias en las complicaciones no son estadísticamente significativas, sí se evidenció un menor porcentaje de estas medidas que aumentó el intervalo de tiempo. Tabla 2.

4. **Técnica de cierre:** El cierre extraperitoneal presentó una incidencia de complicaciones significativamente menor que el cierre intraperitoneal (13% frente a 36% respectivamente). Los grupos: Cierre simple extraperitoneal, cierre simple intraperitoneal y cierre con resección y anastomosis intraperitoneal resultaron comparables,

siendo la morbilidad de estos dos últimos aproximadamente 3 veces más que la del primero, el grupo de cierre con resección y anastomosis por laparotomía, que contiene los casos de mayor riesgo, obviamente presentó el mayor número de complicaciones. Tabla 3.

TABLA 2
COMPLICACIONES DEL CIERRE DE COLOSTOMIA
INTERVALO DE TIEMPO AL CIERRE

HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL - ENVIGADO
1987 - 1990

INTERVALO (Meses)	n/N	%
0 - 1.5	0/4	0
1.5 - 3	14/43	33
3 - 6	12/48	25
6 - +	7/30	23
TOTAL	33/125	26.4

n/N: Número de complicaciones divididos entre número de casos cerrados en el intervalo.

TABLA 3
COMPLICACIONES DEL CIERRE DE COLOSTOMIA TECNICA DE CIERRE

HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL - ENVIGADO
1987 - 1990

TECNICA DE CIERRE		n/N	%
EXTRA PERITONEAL	SIMPLE	7/53	13
	SIMPLE	8/24	33
INTRA PERITONEAL	RESEC - ANASTOM SIN L. E.	11/37	30
	RESEC - ANASTOM CON L. E.	7/11	64
TOTAL		33/125	26.4

n/N: Número de complicaciones dividido entre número de pacientes operados con ésta técnica.

5. **Manejo de la piel:** A criterio del cirujano se decidió cerrar la piel en 97 casos (78%) y dejarla abierta en 28 (22%). El índice total de infección fue 14%, siendo menor en el grupo de piel cerrada (12% frente a 15%). Esta diferencia no es estadísticamente significativa y los grupos no son comparables.

DISCUSION

De los resultados obtenidos se desprenden los siguientes comentarios:

1. Colon por Enema: En caso de trauma, la colostomía se confecciona en general en el sitio de lesión del colon, por tanto, el segmento distal está sano. Como resultado obvio, el colon por enema fue normal (99%). De aquí se concluye que ordenar colon por enema a todos los pacientes de cierre de colostomía sistemáticamente, es una conducta a todas luces inefectiva y costosa.

2. Intervalo de Tiempo al Cierre: Clásicamente se ha aceptado en nuestro medio las 6 a 8 semanas como tiempo óptimo para practicar el cierre de colostomía. Thal y Yeary (5) aconsejan entre 4 a 8 semanas; Dolan y Cols, (6), Finch (7) y Knox y Cols (8) entre 8 y 12 semanas; otros autores (9,10) no encuentran este factor como significativo. En el presente trabajo no encontramos una diferencia estadísticamente significativa, pero sí pudimos apreciar una tendencia a la disminución de las complicaciones con el aumento del tiempo de intervalo después de 6 semanas.

Solamente hicimos el cierre en 4 pacientes antes de este tiempo, sin complicaciones. Todo lo anterior cuestiona un tiempo ideal para el cierre y creemos que éste debe definirse como "el tiempo necesario para la estabilización del proceso inflamatorio peritoneo-visceral y de la ostmía, no importando de ahí en adelante una demora para la práctica del mismo". Algunos autores (5,6,9,11,12,13) están de acuerdo con esta posición, en tanto otros (8,14,15) señalan que un cierre precoz es riesgoso y reportan diferentes intervalos seguros según la experiencia de cada uno.

3. Técnica de Cierre: Varios autores (7,8,9,10) concuerdan con nosotros en que la técnica de cierre simple extraperitoneal conlleva el menor índice de complicaciones (3 veces menos que el cierre intraperitoneal en nuestro trabajo). La razón para esto depende posiblemente del menor tiempo quirúrgico, menor disección y oportunidad para contaminación.

4. Manejo de la Piel: Los resultados de los grupos con piel cerrada y piel abierta no son comparables en vista de que no fueron seleccionados al azar; sin embargo, considerando el cierre de colostomía como una cirugía limpia contaminada, para la cual se acepta una tasa de infección del 5% a 12% (15), el índice de infección del grupo con piel cerrada (12%) no se afectó por esta conducta; esto quiere decir que no justifica dejar la piel abierta a nueve pacientes de cada diez, que a criterio del cirujano no hayan tenido mayor contaminación, por uno que se va a infectar. La severidad de la infección de la herida quirúrgica no fue importante en ninguno de los dos grupos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El colon por enema debe ser formulado sólo a aquellos pacientes a quienes por historia clínica se tenga evidencia de lesión en el segmento distal de la colostomía; en los demás pacientes no está justificado.
2. La técnica de cierre simple extraperitoneal conlleva el menor índice de complicaciones; recomendamos su ejecución siempre que sea posible.
3. Aunque este trabajo no permite concluir sobre un intervalo de tiempo para el cierre seguro, recomendamos esperar un tiempo prudencial para la recuperación del fenómeno inflamatorio previo.
4. El cierre de la piel no conlleva a un mayor índice o severidad de la infección de la herida; recomendamos su cierre siempre que no haya ocurrido contaminación macroscópica o transgresión de la técnica.
5. La morbilidad del cierre de colostomía continúa siendo significativa.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo de cirugía y al personal de enfermería del Hospital Manuel Uribe Angel, que gracias a su interés y colaboración se pudo realizar el presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. RAMIREZ, H., SUAREZ, R. Colostomía, Cierre, Complicaciones. *Ant. Med.* 23: 367-380, 1973.
2. BOTERO, M., PEREZ, J. R. Morbilidad del Cierre de Colostomía. H. U. S. V. P. Documento 1986.
3. HERRERA, A. PAREDES, C. Preparación de Colon para Cirugía Electiva. Comunicación Personal.
4. KIRKPATRICK, J. R. The Exteriorized Anastomosis: Its Role in Surgery of the Colon. *Surgery* 82: 362-365. 1977.
5. THAL, E. R., YEARY, E. C. Morbidity of Colostomy Closure Following Colon Trauma. *J. Trauma* 20: 287-291. 1980.
6. DOLAN, P. A., CALDWELL, F. T. Problems of Colostomy Closure. *Am. J. Surg.* 137: 188-191. 1979.
7. FINCH, D. R. A. The Results of Colostomy Closure. *Br. J. Surg* 63: 397-399. 1976.
8. KNOX, A.J.S., BIRKETT, F.D.H. Closure of Colostomy. *Br. J. Surg.* 58: 669-1971.
9. TODD, G.J., KUTCHER, L.M. Factors Influencing the Complications of Colostomy Closure. *Am. J. Surg.* 137: 749-751. 1979.
10. MACHIEDO, G.W., KENNETH, F.C. Colostomy Closure Following Trauma. *Surg. Gynecol. Obstet.* 151: 58-60. 1980.
11. LIVINGSTON, D.H., MILLER, F.B. Are the Risk After Colostomy Closure Exaggerated? *Am. J. Surg.* 158: 17-20. 1989.
12. STEELE, M., BLAISDELL, F.W. Treatment of Colon Injuries. *J. Trauma.* 17: 557-562. 1977.
13. WHEELER, M.H., BARKER, J. Closure of Colostomy: A safe Procedure? *Dis. Colon. Rectum.* 20: 29, 1977.
14. BECK, P.H., CONKLIN, H.B. Closure of Colostomy. *Ann. Surg.* 181: 795-798. 1975.
15. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Manual on Control of Infection in Surgical Patients. Philadelphia. J. B. Lippincott. 1976.

Confiemos nuestra salud al

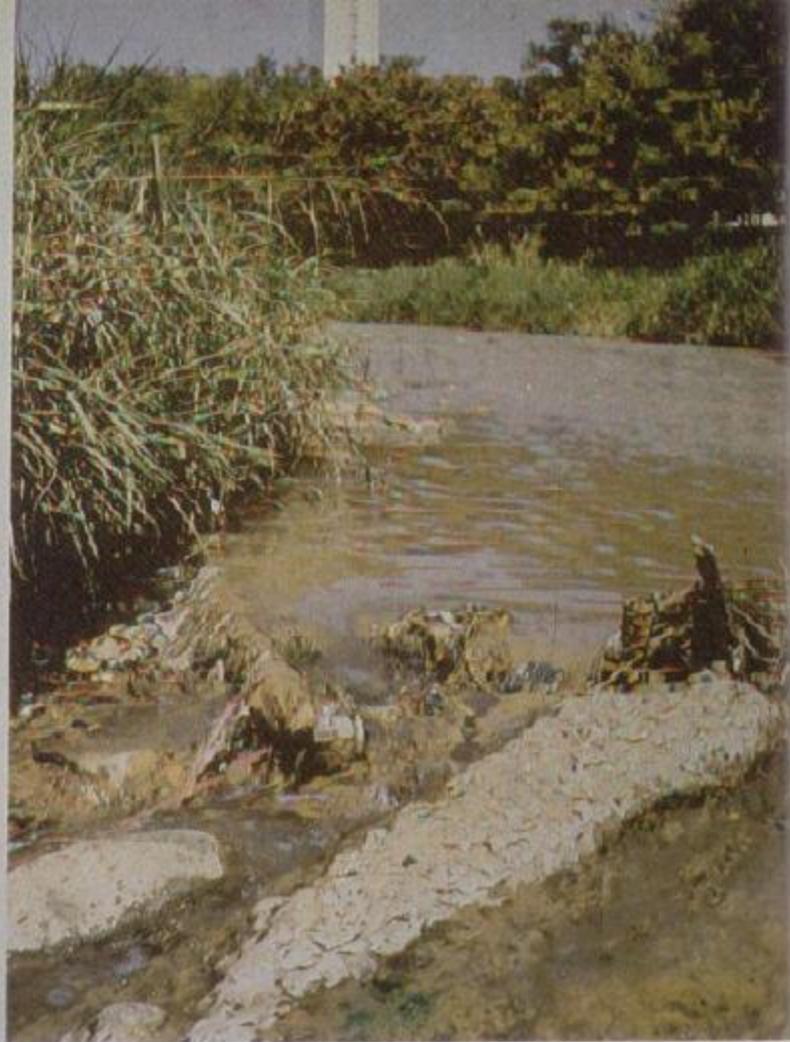
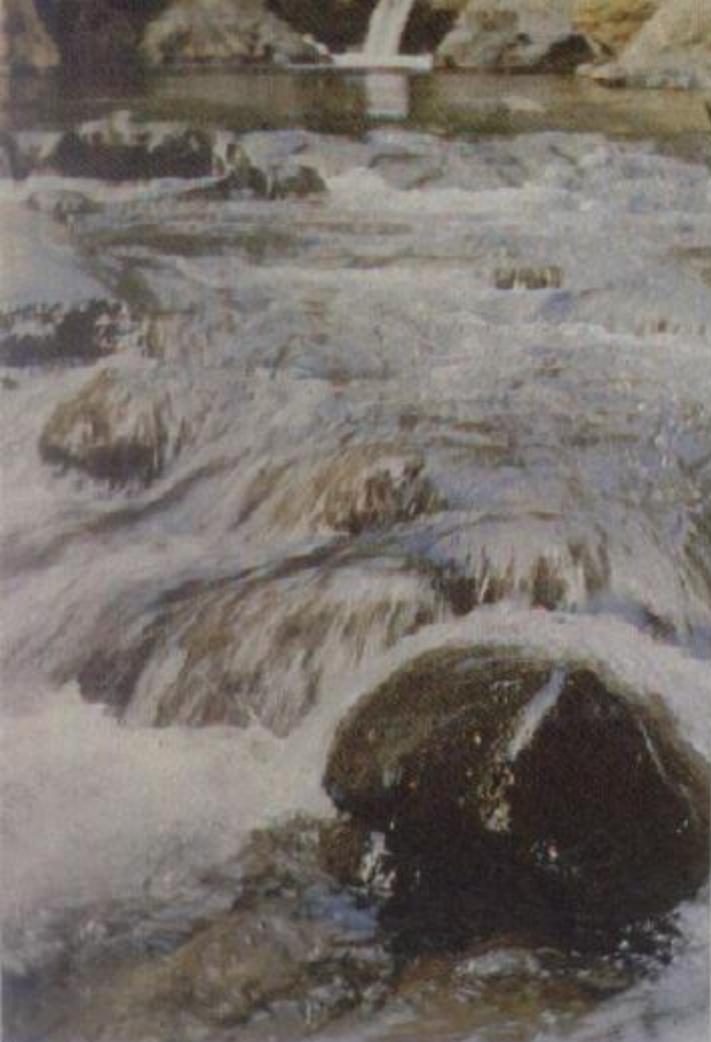
CES



CENTRO DE ESPECIALISTAS
SABANETA

- Aplicación de NORPLANT
Implantes Anticonceptivos
subdérmicos.

Información: 288 08 00
Extensiones 37-45-38



Así los recibimos... y en esto los convertimos !

Evitando contaminar las aguas y riberas de los ríos,
demostraremos nuestra responsabilidad y civismo.

Los ríos son para salvarlos... no para acabarlos!

En DeLima y Cia. Ltda. pensamos así.



Somos

DeLima