



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MATERIA: TÉCNICAS QUIRÚRGICAS BÁSICAS.

CUARTA UNIDAD.

TEMA: COLOSTOMÍAS.

DOCENTE: DR. ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.

ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.

COLOSTOMIAS.

Es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se realiza durante una cirugía. Por lo general, se necesita una colostomía porque un problema está causando que el colon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse.

Para una colostomía, se hace pasar un extremo del colon (intestino grueso) a través de esta abertura en la piel para formar un *estoma*.

Es una cirugía para conectar el colon a la superficie del abdomen (vientre) para permitir que las heces (evacuaciones intestinales) pasen a una bolsa de recolección fuera del cuerpo.

Casi todas estas intervenciones se practican como colostomías terminales en lugar de las colostomías en asa.

El volumen del colon determina que una colostomía en asa dificulte un dispositivo y con esta configuración es más probable un prolapso.

Casi todas las colostomías se efectúan en el lado izquierdo del colon.

Se crea un defecto en la pared del abdomen y se lleva el extremo del colon a través de él.

Como es mucho más fácil transformar un estoma saliente en una bolsa, las colostomías también deben madurarse con la técnica de Brooke. Puede llevarse el extremo distal del intestino a través de la pared del abdomen en forma de fístula mucosa o dejarse de modo intraabdominal como una bolsa de Hartmann.

La fijación del extremo distal del colon a la pared del abdomen o la marcación con una sutura permanente facilitan la identificación del muñón si después se cierra la colostomía.

Para cerrar una colostomía se precisa una laparotomía.

Se disecciona y libera el estoma de la pared del abdomen y se identifica el intestino distal.

A continuación se realiza una anastomosis terminoterminal.

Solamente se necesita una colostomía por poco tiempo (temporal), tal vez durante 3 a 6 meses.

Se puede hacer una colostomía temporal cuando una parte del colon necesita tiempo para estar inactiva y sanar de un problema o enfermedad.

Pero a veces una enfermedad, como el cáncer, es más grave y puede ser necesaria una colostomía durante el resto de la vida de una persona (permanente).

Se hace un estoma (agujero) en la pared abdominal.

Luego, las heces pueden pasar del colon a la bolsa de recolección.

El estoma se puede ver en la parte exterior del abdomen.

Está hecho del intestino.

El estoma debe ser de color rosa a rojo, cálido y húmedo.

Es capaz de segregar moco.

No hay músculo esfínter que le permita a la persona controlar el paso de las heces.

La ubicación del estoma dependerá del área del colon utilizada para crear el estoma.

La ubicación del estoma de la colostomía en el abdomen depende de la parte del colon afectada.

Algunas colostomías son grandes, otras son pequeñas; algunas se colocan del lado izquierdo del abdomen, otras del derecho y otras pueden estar en el centro.

FUNCION.

Una colostomía cambia la forma en que funciona el cuerpo para permitir que pueda eliminar las heces fecales.

Después de hacer una colostomía, los intestinos funcionarán tal y como lo hacían antes, con la excepción de:

- La porción del colon y del recto que se encuentran más allá de la colostomía. Esta porción habrá sido desconectada o extirpada.
- El ano deja de ser el punto de salida de las heces fecales, aunque aún seguirá siendo un punto de salida de mucosidad de vez en cuando. Esto es normal.

Puesto que los nutrientes se absorben en el intestino delgado, una colostomía no afectará cómo el cuerpo procesa el alimento.

Las funciones principales del colon son las de absorber agua, transportar la materia fecal hacia el ano y luego almacenarla en el recto hasta que salga del cuerpo.

Cuando una colostomía cambia la ruta de la materia fecal, el área de almacenamiento deja de estar disponible.

Entre más arriba se haga la colostomía, más corto quedará el colon, y un colon más corto significa que tiene menos tiempo para absorber el agua, haciendo las heces más suaves o más líquidas.

Una colostomía más abajo en el colon, cerca del recto, eliminará materia fecal que ha estado en el intestino por una mayor cantidad de tiempo. Dependiendo de las circunstancias de la enfermedad, los medicamentos u otras formas de tratamiento, entre más extenso quede el colon, más sólida y formada será la materia fecal.

Algunas personas con colostomía descubren que pueden evacuar la materia fecal en ciertos intervalos durante el día con o sin la ayuda de una irrigación.

COMPLICACIONES DE LA COLOSTOMÍA.

Es posible que ocurra necrosis de la colostomía en el posoperatorio temprano y es resultado de un deterioro del riego (disección exagerada del colon distal o un defecto estrecho en la fascia).

Al igual que la necrosis en una ileostomía, la necrosis suprafascial limitada puede vigilarse en forma expectante, pero la necrosis por debajo de la fascia requiere medidas quirúrgicas.

También puede aparecer retracción pero representa menos problemas en una colostomía que la ileostomía porque las heces son menos irritantes para la piel que el jugo entérico.

Rara vez hay obstrucción pero puede suceder.

La hernia paraestomal es la complicación tardía más común y debe repararse si existen síntomas.

Es raro el prolapso.

La deshidratación después de una colostomía es infrecuente y con menor frecuencia hay irritación de la piel en comparación con una ileostomía.

La función consecutiva a la resección segmentaria del colon y la anastomosis primaria es casi siempre excelente.

Un porcentaje pequeño de los pacientes presenta diarrea y defecaciones frecuentes después de una colectomía subtotal o total y anastomosis ileosigmoidea o ileorrectal.

Es en especial cierto si el enfermo es de edad avanzada, se resecó una longitud considerable de intestino delgado y hay control deficiente la proctocolitis residual.

En general, cuanto más distal sea la anastomosis, existe mayor riesgo de diarrea y molestias frecuentes.

El funcionamiento después de una resección anterior depende en grado considerable del nivel de la anastomosis, el uso de radiación pélvica preoperatoria o posoperatoria y la función del esfínter subyacente.

Luego de una resección anterior baja o anterior baja extendida, algunos cirujanos prefieren intentar una coloplastia o construir una bolsa colónica en J corta (8 a 10 cm) para anastomosarla al recto distal o al conducto anal.

El receptáculo disminuye la urgencia, frecuencia e incontinencia, pero algunos individuos tienen dificultades para iniciar la defecación después de construir una bolsa colónica en J.

TIPOS DE COLOSTOMÍAS.

• Colostomías temporales:

El tratamiento de ciertos problemas de la parte inferior del intestino grueso requiere que esa porción esté en reposo.

Esto se logra evitando que la materia fecal llegue hasta allí.

Para ello se crea una colostomía temporal (de corto plazo) que permitirá que sane el intestino. Por lo general, el proceso de sanación toma varias semanas o meses, aunque puede tomar años.

Con el tiempo, la colostomía se revierte (retira) y el intestino comienza a funcionar como lo hacía antes (la materia fecal vuelve a salir a través del ano).

- **Colostomías permanentes:**

Cuando parte del colon o del recto enferma, se tiene que hacer una colostomía de largo plazo (permanente).

La parte enferma del intestino debe ser extirpada o dejarse sin función permanentemente.

En este caso, la colostomía se considera permanente y no se espera cerrar en el futuro.

- **Colostomías transversas:**

Una colostomía transversal es uno de los tipos más comunes.

Hay dos tipos de colostomías transversas: la colostomía transversa en asa y la colostomía transversa de doble boca.

La colostomía transversa se realiza en la parte superior del abdomen, ya sea en medio o hacia el costado derecho del cuerpo.

Este tipo de colostomía permite que la materia fecal salga del cuerpo antes de que alcance el colon descendente.