

**NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ**

**NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ**

**MATERIA: TECNICAS QUIRURGICAS**

**TEMA: COLOSTOMIAS**

**UNIDAD: CUARTA UNIDAD**

**GRADO Y GRUPO: 6° "A"**

**FECHA DE ENTREGA: 05-ENERO-2021**



## **INTRODUCCIÓN**

Usamos el término de colostomía para referirnos al abocamiento del intestino grueso hacia el exterior, practicado quirúrgicamente con miras a derivar parcial o totalmente el tránsito intestinal.

Cuando la derivación de este tránsito hacia el exterior se produce en forma espontánea o secundariamente a un traumatismo, hablamos de fístula estercorácea. El segmento de colon abocado al exterior, determina el nombre de la colostomía (cecostomía, transversostomía, etc.)

## **CLASIFICACIÓN**

### **Por su localización**

Cecostomía.

Transversostomía.

Sigmoidostomía.

### **Por su permanencia**

Transitorias

Definitivas

### **Por su finalidad**

Descompresivas

Derivativas

### **Por su técnica**

“En asa” o lateral

“En doble cañón de escopeta” o con estoma doble

Con estoma único o terminal

## **INDICACIONES**

Las colostomías se efectúan con fines terapéuticos. Pueden ser transitorias o definitivas. Las llamamos transitorias, cuando tienen por objeto derivar el tránsito mientras tratamos una afección distal a ella. Mejorada ésta, la colostomía pierde su objetivo y debe ser cerrada para reconstituir el tránsito. Cualquier colostomía puede ser definitiva cuando la lesión distal a ella, no puede ser extirpada o cuando siendo extirpada no hay posibilidades de restablecer el tránsito.

### **Cecostomía**

Se utilizarán sólo con la finalidad descompresiva transitoria, en pacientes en muy mal estado general, con oclusión intestinal por lesiones del ciego, el colon ascendente o la mitad derecha del colon transverso.

### **Transversostomía**

Se utilizarán con la finalidad de obtener la descompresión del colon o la desfuncionalización del asa distal por derivación parcial o total de las heces fecales. Se realizarán en los pacientes que presenten afectada la mitad izquierda del colon transverso, el colon izquierdo o el rectosigmoides.

### **Sigmoidostomía**

Perforaciones traumáticas o inflamatorias del rectosigmoides.

Durante la realización de intervenciones electivas de tumores malignos del recto, resecables o no.

Vólvulo del sigmoides.

En algunos pacientes con agangliosis del colon.

El tipo de colostomía que elige el cirujano, está determinado por la localización y etiología de la afección que la determina. Señalaremos sumariamente las colostomías más usadas actualmente y las circunstancias que las determinan.

## **TECNICA**

### **Cecostomía**

Incisión de McBurney

Doble sutura concéntrica “en bolsa de señora” con material no absorbible No. 00; apertura del ciego en el centro de esta jareta y colocación, a través de ésta, de una sonda gruesa de Pezzer o Foley.

Fijación del ciego al peritoneo parietal anterior con puntos de catgut cromado No 00 o material no absorbible No. 00.

### **Transversostomía**

Incisión transversal o longitudinal de 8 cm, en el cuadrante superior derecho del abdomen. Colostomía en asa.

Apertura de la colostomía a las 24 h. Si es necesaria la apertura inmediata se colocará una sonda hacia el asa proximal, introduciéndola a través de una incisión realizada en la parte media de dos suturas concéntricas en “bolsa de señora”, que se anudarán sobre la sonda.

En las colostomías en asa no se debe retirar la varilla o tubo de sujeción antes de las 72 h.

### **Sigmoidostomía**

- Sigmoidostomía en asa:

Incisión de McBurney en la fosa iliáca izquierda.

Liberación del colon descendente, a fin de poder exteriorizar suficientemente el asa.

Apertura de la colostomía a las 24 h. Si es necesaria la apertura inmediata se colocará una sonda hacia el asa proximal, introduciéndola a través de una incisión

realizada en la parte media de dos suturas concéntricas en “bolsa de señora”, que se anudarán sobre la sonda.

- Sigmoidoscopia en doble cañón, previa resección del segmento patológico:

Sección entre pinzas de forcipresión, o por medio de la pinza de Rankin, del segmento a resecar. Sutura de la brecha mesocólica.

Si se han utilizado 2 pinzas de forcipresión, se debe retirar la pinza proximal o abrir la rama proximal de la pinza de Rankin a las 24 h, dejando la rama distal para su caída por necrosis.

- Sigmoidostomía en estoma único (Técnica de Hartmann):

Liberación de la zona a exteriorizar.

Sección entre 2 pinzas de forcipresión.

Sutura oclusiva del cabo distal.

Exteriorización de un segmento de 6cm – 8cm del cabo proximal, por contraabertura o implantación inmediata o tardía de la colostomía a la piel. En el 1er. caso, se retira la pinza de forcipresión a las 24h – 48h de colocada. La sigmoidostomía transitoria deberá realizarse en la porción proximal del sigmoidees.

## **CIERRE DE LAS COLOSTOMÍAS**

Antes de proceder al cierre, es conveniente verificar la permeabilidad del colon distal por medio de rectosigmoidoscopia o con enema baritado. Además es necesario esperar que las condiciones locales permitan la reparación (desaparición del edema y la inflamación). El paciente debe ser preparado igual que para una resección del colon (dieta, limpieza del colon proximal y distal a la colostomía y esterilización intestinal).

## **COMPLICACIONES DE LAS COLOSTOMIAS**

Numerosas son las complicaciones que pueden derivar tanto de la ejecución como del cierre de una colostomía. Citaremos las más frecuentes e importantes.

#### 1.\_EDEMA.

En toda colostomía se produce un cierto grado de edema que regresa espontáneamente pasadas las 72 horas. Cuando es más intenso y prolongado, puede constituir un problema al dificultar, por obstruir el lumen, la evacuación intestinal. Su etiología está dada por la compresión vascular del mesocolon correspondiente, determinada por acción de la pared abdominal o por elementos artificiales que intervienen en la formación del ano contranatura. Su tratamiento irá, por lo tanto, a ampliar el anillo de salida del asa o a disminuir la tracción de las varillas en las colostomías de tipo Wangensteen.

#### 2.\_NECROSIS.

Se produce por trastornos en la irrigación del asa colostomizada. Sus causas más frecuentes son la compresión del meso o la tracción excesiva del asa. Su tratamiento es quirúrgico. Esto será de urgencia si la necrosis llega al peritoneo.

#### 3.\_ABSCESOS PERICOLOSTOMICOS Y FÍSTULAS.

Ya mencionamos anteriormente, que el principal punto de partida de estos abscesos y fístulas, lo constituyen los puntos puestos para fijar el asa al peritoneo o aponeurosis de la incisión. Son poco frecuentes. Pueden curar espontáneamente o requerir en ocasiones un tratamiento quirúrgico.

#### 4.\_HEMORRAGIAS.

La mayoría se produce por vasos no ligados del borde del asa colostomizada o de su meso. Con menos frecuencia, traumatismos directos pueden ulcerar y hacer sangrar la mucosa. La hemostasia correspondiente, constituirá su tratamiento.

#### 5.\_PERFORACIÓN DEL ASA POR ENEMA.

El agente traumático, es la cánula o sonda de irrigación. Reviste diversa gravedad según sea el sitio de la perforación. Su tratamiento, habitualmente, debe ser quirúrgico.

#### 6.\_RETRACCIÓN.

Su gravedad es distinta según se desprenda o no el asa retraída, de la pared abdominal. En el primer caso puede determinar una peritonitis localizada o difusa. Su tratamiento es quirúrgico. Su etiología más frecuente está dada por las asas dejadas a tracción. La distensión abdominal postoperatoria contribuye a su producción.

#### 7.\_PROLAPSO.

Es la protrusión o salida de las paredes del asa colostomizada a través de la boca de la colostomía, sin que esta se desprenda de la pared abdominal. Si ocurre esto último, habíamos de evisceración. Es una complicación relativamente frecuente. Se produce en parte por defectos de técnica en la ejecución de la colostomía (asa demasiado larga, defectos de la pared abdominal, como sucede en las colostomías exteriorizadas por la herida operatoria) y por factores coadyuvantes, como aumentos de la presión intraabdominal (tos, vómito). Las prótesis demasiado ajustadas, al presionar anularmente la pared alrededor del asa, contribuyen también a su producción. El tratamiento inmediato es su reducción. Si se hace recidivante y la colostomía es definitiva, debe tratarse quirúrgicamente.

#### 8.\_EVISCERACIÓN.

Es la salida fuera de la cavidad abdominal del asa colostomizada y otras vísceras. Ocurre cuando existe desprendimiento entre el asa de colostomía y la pared abdominal. Los esfuerzos violentos en recién operados, determina esta temida complicación. Un orificio abdominal de colostomía demasiado amplio, contribuye a su producción. Su tratamiento también es quirúrgico.

#### 9.\_EVENTRACION.

Se produce por relajación de los planos músculoaponeuróticos pericolostómicos, permitiendo la herniación del peritoneo alrededor de la colostomía. Al permanecer fija el asa a la piel, ésta protruye alrededor de la colostomía. Habitualmente no crea problemas, siendo rara vez necesaria la intervención quirúrgica.

#### 10. \_DIARREA Y DERMITIS.

Se producen de preferencia en las colostomías proximales, en que el contenido intestinal es más acuoso, determinando ambas complicaciones. Con el transcurso del tiempo, la piel se hace resistente y el intestino se adapta aumentando su capacidad de absorción hídrica. Mientras esto ocurre, deben tomarse las medidas correspondientes en cuanto a régimen alimenticio y protección de la piel pericolostómica para paliar sus efectos. Son las llamadas colostomías húmedas, de más difícil manejo y que debe evitarse efectuarlas, como definitivas. En algunas oportunidades la pérdida de agua y electrolitos, pueden ser de consideración y obligar a su pronta reposición.

En cuanto a las complicaciones derivadas del cierre de las colostomías, las más importantes se refieren a la estenosis por estrechez de la boca anastomótica y a la dehiscencia de sutura. Esta última podrá determinar fístula estercorácea o una peritonitis difusa o localizada. Estas dos últimas complicaciones se evitan con el cierre extraperitoneal. Las fístulas estercoráceas habitualmente no revisten gravedad y tienden al cierre espontáneo. Otras dos complicaciones derivadas del cierre, se refieren a la infección de la herida que es frecuente, pero que no reviste gravedad y la hernia incisional secundaria, que aunque poco frecuente,, puede en algunas oportunidades, requerir de una reparación quirúrgica

BIBLIOGRAFIA: [cir19407.pdf \(sld.cu\)](#)

[Microsoft Word - n.2revisado.doc \(bvs.hn\)](#)