



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“COLOSTOMIAS”

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ
CELAYA**

SEMESTRE: 6

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ASIGNATURA: TECNICAS QUIRURGICAS

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS,
NOVIEMBRE 2020**

COLOSTOMIAS

Historia

La primera colostomía inguinal del lado izquierdo se atribuye a Duret en 1793, que entre sus conceptos iniciales figuraba la importancia de colocar una sutura a través del mesocolon para sostener el intestino y con ello evitar su retracción. Este concepto aún es vigente hasta la fecha, sobre todo en los estomas en asa. En 1797, Fine llevó a cabo la primera colostomía transversa, al descomprimir de manera exitosa el colon distal debido a una obstrucción por cáncer rectal; a partir de entonces, la colostomía transversa se indicó para tratar otros tipos de problemas: descompresión del intestino dilatado, derivación de la corriente fecal y desfuncionalización del colon distal

En 1881, Schitinger describió la creación de la colostomía terminal y un muñón distal suturado. Asimismo, en 1889 y 1890, Gussenbauer describió una operación para cáncer del recto, tras llevar a cabo una colostomía terminal con cierre del extremo superior del muñón rectal; estas operaciones son las precursoras del procedimiento de Henri Hartman, descrito en 1923.

El 14 de noviembre de 1990, Joseph creó un cierre de colostomía asistido por vía laparoscópica y la anastomosis se construyó con engrapadora circular.¹⁻³ La formación de los estomas intestinales, en particular ileostomías y colostomías, se ha convertido en una parte integral para el manejo quirúrgico de varias alteraciones del tracto gastrointestinal, tanto en la cirugía de urgencia como en el paciente electivo.² El principio básico subyacente establece que el flujo fecal se desvía lejos del sitio de la afección por la interposición de un final o un asa de intestino a través de la pared abdominal. Pueden ser temporales o permanentes, con el objetivo de reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con varias enfermedades del tracto gastrointestinal, tales como perforación de colon, enfermedad inflamatoria del intestino, obstrucción intestinal y cáncer, por ejemplo una anastomosis baja en una resección anterior del recto.

Objetivos

Las colostomías pueden realizarse con tres propósitos: descomprimir, desfuncionalizar y derivar. Las colostomías descompresivas están indicadas cuando existe una dilatación excesiva del colon y su finalidad es liberar la presión intraluminal por medio de orificios o la colocación de catéteres, en primer lugar en el ciego, o bien mediante una colostomía en asa en el colon transverso. En la actualidad, la creación de orificios e instalación de catéteres han caído en desuso y se han sustituido por la colonoscopia descompresiva y el paso de sondas o catéteres a través del recto.

Las colostomías desfuncionalizantes se llevan a cabo con objeto de proteger una anastomosis que puede tener algún riesgo de experimentar dehiscencia.

Las colostomías derivativas tienen por función desviar por completo el paso de la materia fecal y reducir en esta forma la contaminación de las áreas distales al estoma

Clasificación

Las colostomías se clasifican según su: función, objetivo, localización, y la disposición de las asas aferente y eferente:

1. Según su función se clasifican de la forma siguiente:

- a) **Derivativas.** En los procesos inflamatorios y en el sangrado digestivo.
- b) **Descompresivas.** En la obstrucción intestinal distal.
- c) **Sustitutivas.** Cuando el ano ha sido extirpado.

2. Según su objetivo se clasifican en:

- a) **Temporales.** Cuando en una operación ulterior se restablece el tránsito intestinal.
- b) **Definitivas.** Cuando funcionan de por vida.

3. Según su localización se clasifican de la forma siguiente:

- a) **Cecostomía.** Cuando se utiliza el ciego.
- b) **Transversostomía.** Cuando se utiliza el colon transverso.
- c) **Sigmoidostomía.** Se utiliza el sigmoide. Excepcionalmente, se exterioriza una zona del colon, no comprendida en las antes señaladas, como el colon ascendente y el descendente, con el objetivo o no de establecer una colostomía; lo que se debe evitar por ser zonas fijas, que ofrecen dificultades técnicas que pueden originar complicaciones en el posoperatorio como la retracción y hundimiento de la colostomía y la necrosis de esta.

4. Según la disposición de las asas aferente y eferente se clasifican en:

- a) **Terminal:** Una colostomía terminal se construye de manera característica en pacientes en los que un procedimiento de restauración del tracto intestinal no es posible

- Hartman. El asa eferente se sutura y se deja abandonada dentro del abdomen y se exterioriza el asa aferente. - Miles. El asa eferente se extirpó.

b) ***En cañón de escopeta:***

Una colostomía en asa se emplea para desfuncionalizar el colon luego de una anastomosis rectal baja o para desviar la corriente fecal de una obstrucción distal, sepsis pélvica, o lesión rectal o esfintérica.

- Asas separadas.

- Asas adyacentes.

c) ***Ano sobre varilla (Maydl).***

d) ***Ano de espolón (Rankin-Mikulicz).***

Vía de acceso

La vía de acceso depende de la localización de la estoma, independiente de la que se emplea para explorar la cavidad abdominal.

Cuando el único objetivo es realizar la colostomía, las incisiones que más se usan son: en el caso de la transversostomía, la incisión media supraumbilical; para la cecostomía, la incisión de Mc Burney, que en la sigmoidostomía en el lado izquierdo no resulta satisfactorio, porque interfiere con el dispositivo de la bolsa de colostomía, que no ajusta por la cercanía de la herida con la espina iliaca anterosuperior. Las incisiones subcostales (sin interesar la vaina del músculo recto) pueden ser útiles cuando la estoma no se puede hacer en la parte media del colon transversal, pero se deben alejar del reborde costal

Indicaciones para la formación de una colostomía

Colostomía en asa:

- Anastomosis coloanal
- Liberación de obstrucción distal
- Traumatismo rectal/lesión esfintérica
- Incontinencia fecal
- Fístula rectovaginal compleja
- Fascitis necrosante perineal
- Gangrena de Fournier

Colostomía terminal:

- Resección abdominoperineal
- Resección anterior ultrabaja
- Procedimiento de Hartmann
- Incontinencia fecal

- Proctitis por radiación

Colostomía terminal

Por lo general, una colostomía terminal se crea en el cuadrante inferior izquierdo. Una vez que se decide crear una colostomía terminal es necesario movilizar una longitud adecuada de colon izquierdo para posibilitar que el extremo del colon en donde se formará el estoma carezca de tensión. Es crucial que el suministro de sangre al colon izquierdo sea bueno para asegurar la vascularización de la porción distal del colon, la cual se exterioriza a la piel.

Se traza una incisión circular en la piel en el cuadrante inferior izquierdo y se realiza la disección por planos hasta llegar a la fascia, la cual se incide con un corte longitudinal y se separan los músculos rectos del abdomen con cuidado de evitar los vasos epigástricos inferiores hasta llegar al peritoneo y la cavidad abdominal; el tamaño del orificio por donde se exterioriza el estoma debe ser suficiente para permitir el paso de dos dedos. Una vez exteriorizado el colon a la superficie de la piel se prefiere que éste tenga 2 a 3 cm de longitud con adecuada vascularización hacia la superficie de la piel para favorecer la maduración de la colostomía, y se fija con sutura absorbible

Colostomía en asa laparoscópica

El acceso a la cavidad peritoneal se logra mediante la técnica de Hasson o con una aguja de Veress, tras permitir el establecimiento del neumoperitoneo. Casi siempre se emplean dos trócares de 5 mm de operación para movilizar el intestino. Si se crea una colostomía en asa del transversal, se disecciona el epiplón desde el colon transversal y se forma un estoma a lo largo del colon transversal proximal.

Antes de la incisión en la pared abdominal para crear la abertura del estoma hay que liberar el gas de la cavidad abdominal, de tal manera que el posicionamiento del estoma sea apropiado. Al acercarse el colon izquierdo para crear una colostomía en asa sigmoidea, se deben disecar las fascias de Toldt para liberar el colon. El colon se desprende de sus anexos retroperitoneales de la misma manera que en la cirugía abierta para permitir que alcance el sitio del estoma sin tensión. Después de confirmar que el colon ha llegado a la pared abdominal sin tensión se madura el estoma, como ya se describió con anterioridad, y se vuelve a realizar el neumoperitoneo para asegurar la orientación correcta del estoma.

Una colostomía terminal también puede crearse por medios laparoscópicos; esto se lleva a cabo de la misma manera mediante resección intestinal con engrapadora lineal cortante y exteriorización del extremo proximal para la formación de la colostomía.

Colostomía con fístula mucosa y procedimiento de Hartmann

Es una colostomía dividida; los extremos del intestino están separados y el extremo proximal se obtiene como colostomía. El extremo distal se exterioriza a través de una incisión separada, que se conoce como fístula mucosa. Este procedimiento es cada vez menos realizado y sólo se practica en aquellos pacientes en quienes el segmento distal del colon está inflamado y existe riesgo de compromiso en su cierre, con la consiguiente contaminación de la cavidad abdominal. El procedimiento de Hartmann consiste en cerrar el cabo distal y desfuncionalizarlo de manera temporal; la mayoría de las veces es posible llevar a cabo este procedimiento con una engrapadora lineal. El colon que se exterioriza debe estar también irrigado en grado suficiente y fijado a la piel; se everta de tal manera que deje un pezón con suficiente altura para favorecer su fácil colocación, la movilización y la manipulación de los dispositivos de colostomía que se requieran de manera particular.