



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“COLOSTOMIA Y COLECTOMIA”

DOCENTE: ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.

**MATERIA: CLÍNICAS QUIRÚRGICAS
COMPLEMENTARIAS.**

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

COLOSTOMÍA.

Una abertura en el vientre (pared abdominal) que se realiza durante una cirugía.

Como en el caso de las ileostomías, la formación de una colostomía puede ser terminal o en asa.

Una colostomía terminal se construye de manera característica en pacientes en los que un procedimiento de restauración del tracto intestinal no es posible.

El ejemplo más representativo de este tipo de estoma es el cáncer de recto de los tercios medio o inferior, el cual invade los esfínteres que requieren una resección abdominoperineal.

Otra causa frecuente para la formación una colostomía terminal la representan los pacientes de edad avanzada con diagnósticos inflamatorios o neoplásicos, que no tolerarían una anastomosis coloanal o el efecto de las posibles complicaciones de la anastomosis.

Una colostomía terminal se emplea para pacientes con proctitis grave por radiación en el que ha fracasado el tratamiento conservador.

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.

La colostomía en asa también se usa en casos de infección pélvica o perineal, como gangrena de Fournier o fascitis necrosante del perineo.

El contenido de una colostomía tiene consistencia sólida y semisólida.

Las colostomías en asa de colon transverso pueden tener un gasto más líquido en comparación con las colostomías formadas en el colon descendente.

Cuanto más proximal esté formada la colostomía, menor será la superficie de absorción de agua y más líquidos habrá en su contenido.

COLECTOMÍA.

Implica movilizar el colon desde la válvula ileocecal hasta la unión rectosigmoidea a nivel del promontorio sacro.

La localización de los trócares se inicia con un puerto de 12 mm en la cicatriz umbilical, otro de 12 mm en el cuadrante inferior izquierdo, otro más contralateral y dos más de 5 mm en ambos cuadrantes superiores.

Se coloca al paciente en posición de Trendelenburg y lateral derecha.

Tan pronto como se divide la unión rectosigmoidea, el equipo quirúrgico se reposiciona en la segunda fase que consiste en la movilización del ángulo esplénico.

En la tercera fase se disecciona el colon derecho y la posición del paciente se modifica.

Tras liberar todas las fijaciones del colon, ya sea que se extienda la herida umbilical unos 4 a 5 cm o se realice una incisión tipo Pfannenestiel con un protector plástico.

La resección se puede practicar con engrapadora o bisturí.

Después de disparar la engrapadora se realiza una prueba neumática.

Se verifica la anastomosis directamente con un rectoscopio rígido.

Se verifican las donas anastomóticas.

Se completa el cierre de la fascia de la herida y la de los trócares de 12 mm.

↓

El principal problema experimentado por los pacientes con una colostomía en el lado derecho es el mal olor de los contenidos a causa de los efectos de las bacterias del colon.

↓

Por lo general, una colostomía terminal se crea en el cuadrante inferior izquierdo.

↓

COMPLICACIONES.

↓

Tempranas, es decir, las que aparecen en los 30 días posteriores a la cirugía, y las complicaciones **tardías**, que ocurren después de los primeros 30 días.

↓

- Mala ubicación.
- Hernia paraestomal.
- Prolapso.
- Retracción.
- Isquemia/necrosis.
- Problemas dermatológicos periestomales.
- Separación mucocutánea.

Bibliografía.

Leon, G., Tapia, J., Hurtado, M., Torres, R., & Magaña, J.. (2017). Tratado de cirugía general. México : El manual moderno.