

Editorial

Indicaciones de la colostomía

La colostomía constituía años atrás una operación casi obligada en la mayor parte de las afecciones del colon y del recto, ya sea como operación única de derivación de materias o como parte de un tratamiento quirúrgico en etapas. Los progresos en la cirugía del colon obligan a reconsiderar tales indicaciones.

La colostomía es una operación que tiene riesgos e inconvenientes propios. La realización y el cierre pueden dar mortalidad. Las evisceraciones, hernias colostómicas, prolapsos, oclusiones del delgado son a considerar. En fin, no olvidar los trastornos económicos, penurias invalidantes en el medio en que se encuentran, prolongación de la enfermedad, angustias por suposiciones de malignidad, etc.

La colostomía es incuestionable en las amputaciones del recto y en sus procesos obstructivos no extirpables. Puede también ser obligada en los procesos obstructivos incurables del colon izquierdo, siempre que no sea posible una resección paliativa con anastomosis o un cortacircuito por anastomosis de derivación colocolica o colorrectal.

En los procesos obstructivos inextirpables la colostomía debe estar lo más cerca posible del proceso patológico, tomando debida cuenta de las complicaciones posibles por una proximidad riesgosa. La colostomía baja es más tolerable por funcionar con materias formadas y además, en los procesos obstructivos deja un segmento destransitado entre la colostomía y la obstrucción, verdadera bolsa séptica que cuanto más corta es menos patógena y más fácil de manejar con lavados, antibióticos, etc. Debe preferirse en esos casos la colostomía en colon sigmoideo o descendente. Obligados a ir más alto, es preferible el transversal izquierdo al transversal derecho.

El segmento destransitado del colon debe tener entrada en previsión de accidentes en asa cerrada y en vistas a un manejo terapéutico satisfactorio.

La colostomía suele practicarse frente a diversos procesos del colon (fístulas, inflamaciones, hemorragias). Se pretende actuar sobre estos procesos con el criterio de que la derivación al exterior de las materias

del colon, produciría la desfuncionalización del segmento subyacente, llevándolo a un estado de reposo funcional, que favorecería la reparación intestinal.

El estudio del segmento destransitado lo muestra, sin embargo, como un órgano con una nueva fisiología y su patología propia. Está en reposo muscular, tiene escaso aporte sanguíneo, exponiendo en el arterioscleroso a trombosis arteriales y hemorragias, la mucosa se enriquece en células mucosas, siendo frecuentes las ulceraciones, hemorragias y cicatrices retraídas. Más importante aún es que la flora del segmento destransitado puede estar suprimida, pero que con frecuencia está constituida por agentes de gran virulencia o resistentes a los antibióticos.

La destransitación del colon no puede considerarse una desfuncionalización curativa para tan diversos procesos.

Las fístulas del colon son para nosotros de dos tipos: simples o inveteradas. Las fístulas simples curan espontáneamente en cierto tiempo, al obtener materias pastosas y eubiosis del colon. Una colostomía es innecesaria y puede llegar a dificultar las condiciones óptimas para el cierre de la fístula. La supresión de la colostomía cura con frecuencia fístulas del colon. La fístula inveterada depende de un proceso patológico evolutivo en el colon, de un orificio labiado o de una obstrucción subyacente del colon. En estos casos la colostomía es inoperante; la conducta debe ser el abordaje directo de la zona fistulizada.

Las hemorragias del colon reaccionan por la colostomía según el mecanismo de la hemorragia. En la colitis ulcerosa la hemorragia sigue o se agrava; corresponde la colectomía. En la colopatía diverticular hipotónica del viejo arterioscleroso, la colostomía puede detener una hemorragia por el reposo muscular y la isquemia, pero si hay lesiones vasculares ulceradas la hemorragia puede seguir. Por otra parte, la hipotensión en el colon destransitado, es fuente de nuevos accidentes vasculares y posibles repiques de la hemorragia.

Los procesos inflamatorios de tipo congestivo o edematoso, en especial de la mucosa, mejoran con la colostomía, pero sin la colostomía se puede obtener el mismo resultado. La fibrosis inflamatoria y los abscesos parietales, frecuentes en la colopatía diverticular, no benefician de la colostomía y siguen su evolución hacia las complicaciones habituales.

La colostomía preparatoria o del preoperatorio en la cirugía del colon tiene cuatro objetivos:

- a) enfriar y limitar la inflamación en el foco lesional;
- b) cambiar el contenido del colon en consistencia y septicidad;
- c) mejorar las paredes del colon en vistas a las maniobras y suturas;
- d) restablecer el estado general frente a los riesgos de la operación.

La indicación de la colostomía preparatoria debe ser analizada frente a cada enfermo. Una orientación, en términos generales puede, sin embargo, adelantarse.

En el cáncer no complicado la colostomía preparatoria no está indicada porque sus beneficios se pueden obtener sin esta operación. En cambio ofrece importantes contraindicaciones: riesgos e inconvenientes de la colostomía, creación de adherencias que dificulten la colectomía, difusión del proceso neoplásico por las maniobras de la colostomía y por la espera del momento de la colectomía.

En el cáncer izquierdo en oclusión el objetivo fundamental es la pronta extirpación quirúrgica; la oclusión es un accidente que sólo se debe considerar como freno para dicha extirpación.

En la oclusión cerrada la resección ofrece riesgos e inconvenientes que es necesario disminuir por una colostomía preparatoria: paredes intestinales muy alteradas, contenido tóxico y séptico del colon distendido, estado general precario.

En el cáncer con oclusión abierta la resección puede estar impedida por el mal estado del enfermo, que obligue a la colostomía. Pero la colostomía es en estos casos grave y deja la bolsa séptica y tóxica con lesiones intestinales, constituida por el segmento destransitado entre la colostomía y la obstrucción. El riesgo es grande.

El cáncer con oclusión abierta no presenta en general indicación quirúrgica inmediata. Se debe tratar el equilibrio humoral y los sufrimientos viscerales y evacuar por aspiración el tubo digestivo. Si pasadas unas horas no hay tendencia a la recuperación planteamos la colostomía, pero en general se obtiene una mejoría que permite continuar la terapéutica médica hasta un estado vecino a la normalidad. En esas condiciones: incisión abdominal para resección, exploración y vaciado del delgado. La resolución terapéutica puede ser:

a) *Resección y anastomosis con pretensiones curativas. No hacemos grandes vaciamientos regionales nunca. Los que lo hacen reconocerán que el posible impedimento en estas condiciones está ampliamente compensado por la supresión de los perjuicios de una demora en la resección.*

b) *Resección y abocamiento del cabo superior a la pared. Este recurso es preferible a la simple colostomía, cuando la anastomosis no es posible en el acto operatorio.*

c) *Resección con criterio paliativo. La hacemos siempre que haya lesiones extendidas (hígado o ganglios) y el segmento tumoral pueda ser resecado. Hacemos anastomosis. El abocamiento a la pared lo hacemos si hay dificultades técnicas o carcinomatosis peritoneal.*

d) *En los tumores no resecables hacemos colostomía destransitante, cerca del tumor.*

En las colopatías diverticulares la colostomía preparatoria no tiene indicación en los procesos limitados al intestino. En los abscesos la terapéutica fundamental es su drenaje. La colostomía preparatoria es un complemento a considerar en cada caso. En las fístulas, la colosto-

mía preparatoria no es indispensable. En las peritonitis prima también el drenaje y el bloqueo del foco. Si hay un proceso adherencial importante puede justificarse la colostomía complementaria, pero si el proceso es fundamentalmente visceral, supurado, necrótico, está formalmente indicada la resección en agudo con colostomía en el cabo superior. Es menor el riesgo operatorio de la resección que el riesgo postoperatorio de mantener un grave foco séptico.

La colostomía para el postoperatorio de una sutura de colon tiene un doble objetivo: disminuir las posibilidades de la dehiscencia de una sutura dudosa y evitar la salida masiva de materias del colon con infección grave. Su indicación sólo se presenta frente a las dudas sobre una sutura en el acto operatorio, por lo que no se justifica la colostomía previa. En la duda sobre la sutura, la colostomía no puede tranquilizar. Preferimos deshacerla y hacerla nuevamente bien y si no es posible, optamos por separar los cabos y hacer una colostomía terminal con el cabo superior, con lo cual damos mayores seguridades al enfermo. La restauración ulterior de la continuidad cólica no será más grave que el cierre de una colostomía.

Frente a un enfermo en que se plantea la cirugía escalonada en colon (colostomía preparatoria y colostomía del postoperatorio), debemos meditar sobre la clásica frase: "curar a un enfermo en tres operaciones, es mejor que matarlo en una", pero completándola: "curar a un enfermo en una operación, es mejor que dejarlo morir en tres".

DR. ABEL CHIFFLET.