

Ileostomía con esfínter *

Dres. EDUARDO C. PALMA, HORACIO GONZALEZ

VALES y JOSE ARIAS **

Describimos una nueva técnica de ileostomía que efectúa la total derivación externa del íleo, a la vez que conserva el esfínter ileocecal. La última asa ileal es conservada intacta y hace protrusión al exterior a través del retro-fondo del ciego, ampliamente abierto. Es una ileostomía reversible, que puede ser cerrada, restableciéndose sin nueva anastomosis, el tránsito y funcionamiento normal del íleon derecho.

La ileostomía clásica es una intervención sencilla, pero que implica la sección transversal del intestino delgado y del mesenterio, la ligadura de algunos vasos y el abocamiento del cabo proximal del íleon (o de ambos cabos) a la piel. Es incontinente y produce pérdidas importantes del líquido intestinal, con sus correspondientes consecuencias de irritación cutánea, y desequilibrio hidroelectrolítico y proteico. Se acompaña con alguna frecuencia de complicaciones: serositis, edema y estenosis de la neo-boca, supuraciones, peritonitis regional, fistula, adherencias intestinales, hernias internas, obstrucciones intestinales, etc.

Se han descrito varias modificaciones tendientes a corregir sus inconvenientes. Black y Thomas recubrieron la ileostomía con injertos de piel; pero se originan a menudo fibrosis subdérmicas y retracciones cicatrizales obstructivas, además de serositis, fistulas, etc. Warren y Mc Kittrik (47) efectúan incisiones radiadas en la ileostomía para impedir la estenosis. Brooke (3, 4, 5) describió un importante perfeccionamiento consistente en la inversión en "puño de camisa" del extremo del íleon proximal y su sutura a la piel; el cabo distal del íleon es abocado a la piel, a través de una contraabertura, para evitar hernias internas; el borde seccionado del mesenterio es suturado al peritoneo parietal anterior y se cierra la foseta para-ileal, mediante puntos de sutura en bolsa, que toman el peritoneo de la fosa iliaca, el mesenterio y la pared anterior del abdomen; son necesarios 6 a 7 cms. del cabo proximal del íleon, para realizar la ileostomía. La técnica de Brooke disminuye en gran parte los inconvenientes de serositis y estenosis de la neo-boca, pero no elimina otras complicaciones. Turnbull (41, 42) ha completado la técnica de Brooke invirtiendo en "puño de camisa" solamente la mucosa y la sub-mucosa del íleon exteriorizado, al que previamente despoja de su peritoneo y gran parte de su túnica muscular.

La ileostomía tipo Brooke, o Brooke-Turnbul, es la mejor tolerada y ha dado bastante buenos resultados. Pero no está tampoco libre de complicaciones, y sobre todo tiene el inconveniente de todas las ileostomías: carece de esfínter, en la zona de abocamiento cutáneo, que regule la salida del quilo intestinal.

Las derivaciones externas del ciego que se han descrito conservan el esfínter ileocecal, pero presentan importantes inconvenientes. La cecostomía clásica es de fácil realización, pero tiene el inconveniente importante de que no deriva sino parcialmente las materias fecales. El peristaltismo ileocecolítico orienta, e impulsa el tránsito del contenido intestinal hacia el colon ascendente, y no hacia el exterior. La apendicostomía, la apendicostomía ensanchada y la cecostomía fúndica, son variantes técnicas de poca eficacia funcional, pues constituyen colostomías diverticulares que drenan sólo una pequeña parte de las materias fecales; actúan como procedimientos decompresivos del colon derecho, que derivan principalmente los gases. La colostomía transeecal preconizada por Ulin, Ehrlichh y Shoemaker (43), mediante la colocación de un grueso tubo a nivel de la cecostomía, que se hace avanzar a lo largo del colon ascendente, es también un procedimiento decompresivo amplio, pero que deriva poco las materias fecales. La cecostomía amplia, practicada en la pared opuesta a la desembocadura del íleon es la que ofrece resultados menos precarios.

Se han descrito procedimientos de derivación externa simultánea del ciego. Viaggio (44) ha descrito la ileostomía con cecostomía transileal colocando al nivel de la ileostomía un tubo de goma grueso que hace avanzar por el íleon y la válvula ileocecal hasta alcanzar el ciego. Se le ha utilizado en las obstrucciones graves del colon, especialmente en asa cerrada. La derivación de materias es sólo parcial y son frecuentes las complicaciones. La ileostomía transapendicocecovalvular, consiste en efectuar una apendicostomía, a través de la cual se coloca un tubo en el ciego, que se hace avanzar cateterizando la válvula ileocecal y el íleon. Sus resultados no han sido satisfactorios. Laffite, Suire y Des Menards (24), Longuet (23) y Oeconomos (29) han descrito la cecostomía con ileostomía transececovalvular, que consiste en colocar un tubo grueso de goma en el ciego, a través de un pequeño orificio en su cara anterior o externa, que luego se cierra con una o dos jaretas, y hacer avanzar luego el tubo cateterizando la válvula ileocecal y el íleon en 8 a 15 cms. de extensión. El tubo sale al exterior por la incisión de laparatomía o por contraabertura, efectuán-

* Presentado a la Sociedad de Cirugía el 4-8 de agosto de 1971.

Profesor de Clínica Quirúrgica. Asistente de Clínica Quirúrgica. Adjunto de Clínica Quirúrgica.

doce cecopexia y dejando drenaje con mecha y tubo en la fosa ilíaca, alrededor del ciego. Ha sido utilizado para decomprimir operatoriamente el ileon en las oclusiones intestinales por peritonitis, especialmente de origen apendicular. Todas estas variantes de técnica han sido prácticamente abandonadas.

Todas las ileostomías tienen el inconveniente importante de carecer de esfínter en la zona de abocamiento cutáneo. La conservación del esfínter ileocecal, sería de gran utilidad pues mantendría el quilo intestinal dentro del ileon, facilitando su mejor digestión y absorción alimenticia, evitando su evacuación demasiado rápida al exterior, con sus consecuencias de expoliación nutricional e irritación cutánea.

Hemos utilizado un procedimiento de ileostomía, que denominamos ileostomía transecal, con el cual es posible realizar el abocamiento de la última asa ileal al exterior, y a la vez conservar el esfínter ileocecal, en perfectas condiciones de funcionamiento.

La idea directriz del procedimiento consiste en efectuar la ileostomía a través del ciego, utilizando para ello el retrofondo del ciego, que puede ser anulado, pues tiene poca importancia funcional.

TECNICA

Luego del abordaje quirúrgico, se efectúa la resección del apéndice, y se incide el peritoneo, contorneando la zona de reflexión de la serosa peritoneal que va de la pared posterior del abdomen al ciego, y la terminación del mesenterio. Se decola luego el ciego, el comienzo del colon ascendente y las zonas correspondientes del mesocolon y mesenterio, de manera de hacerlos móviles y pasibles de ser exteriorizados a través de una incisión por disociación, en la pared anterior del abdomen (fig. 1). Al exteriorizarlos, se lleva afuera del abdomen el fondo y el cuerpo del ciego, que llevan tras sí la terminación de la última asa ileal y la parte alta del ciego, con la zona de transición cecocólica (fig. 1). Esta zona queda entonces orientada en sentido anterior-

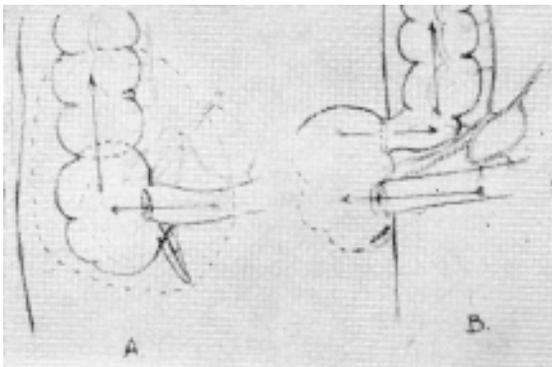


FIG. 1.—Esquema operatorio. A) La línea punteada señala la zona de decolamiento. B) Retrofondo cecal, con ileostomía exteriorizada.

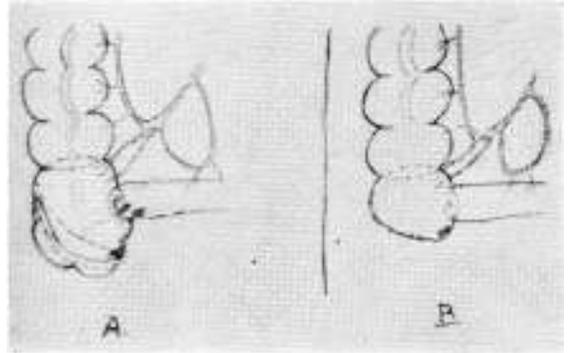


FIG. 2.—Esquema del cierre de la ileostomía. A) La línea punteada señala la zona de resección del retrofondo cecal. B) Ciego reconstruido en posición normal y con su fondo amputado.

posterior, formando un ángulo de 90° aproximadamente con el colon ascendente (fig. 1). Se cierra entonces parcialmente por planos, la pared del abdomen, teniendo especial cuidado en el cierre del peritoneo. La incisión de piel queda en parte abierta, colocándose sucesivamente, dos collarettes apretados de gasa vaselinada y con sulfas, en el tejido celular subcutáneo, rodeando al ciego, de manera de evitar toda posibilidad de pasaje de contenido intestinal a la pared y a la cavidad abdominal. Protegida la piel con pomada de aluminio, se abre ampliamente el fondo del ciego y parte del cuerpo, de manera de dejar expuesta su pared interna, viéndose el orificio terminal del ileon y la prociencia de la mucosa alrededor del esfínter ileocecal, así como en la parte superior del orificio mucoso que corresponde a la continuación del colon.

En los casos de oclusión intestinal, con gran dilatación de asas delgadas, la ileostomía puede ser usada para efectuar la decompresión operatoria del intestino. En estos casos el cirujano, a través de una amplia laparotomía, efectúa el tratamiento del proceso oclusivo intestinal, en tanto un ayudante efectúa la aspiración decompresiva del intestino delgado introducido en la ileostomía, un grueso tubo de extremo romo, y con varios orificios al que hace avanzar por el ileon, a la vez que efectúa la aspiración decompresiva de los gases y líquidos. A medida que progresa el vaciamiento del ileon, las asas van recobrando su calibre, disminuyendo la evisceración y las dificultades operatorias. El avance del tubo de aspiración se efectúa de manera coordinada: el cirujano va guiando en el abdomen, a través de las paredes del intestino, el extremo de la sonda, en tanto el ayudante empuja el tubo de goma y efectúa la aspiración. De esta manera, puede irse enhebrando y evacuando sin mayor traumatismo, todo el intestino delgado (fig. 4).

La decompresión aspirativa se facilita, si el tubo de goma es de doble corriente, con un tubo fino para inyectar suero por su extremidad, y una canulilla de gran calibre, para efectuar la aspiración.

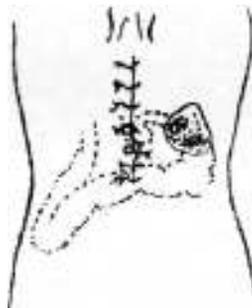
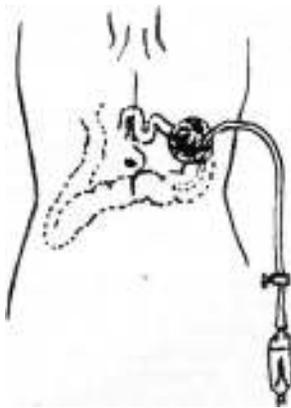


FIG. 3.— A) Topografía de la ileostomía terminada. B) La ileostomía transcecal permite el goteo medicamentoso en el colon, en las colitis ulcerosas.

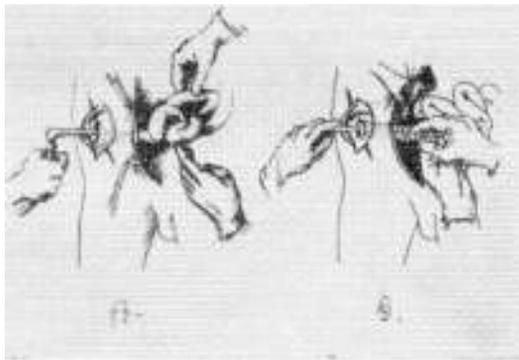


FIG. 4.— A) Decompresión aspirativa transcecoileal del intestino, en la oclusión del intestino delgado. El cirujano guía la aspiración de las asas, en tanto el ayudante maneja el aspirador.

En casos de oclusión intestinal coloileal, se efectúa la decompresión aspirativa del colon derecho y el transverso, a través del tubo colocado en el ciego ascendente.

La ileostomía que se ha descrito utiliza para exteriorizar el íleo terminal, una área del colon de casi nula importancia funcional: el retrofondo del ciego. Si se deseara cerrar la

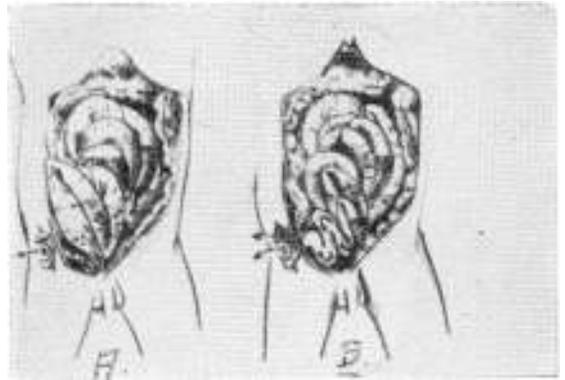


FIG. 5.— A) La ileostomía transcecal deriva a la vez el intestino delgado y el colon. La ileostomía transcecal mantiene en el postoperatorio el drenaje permanente del intestino delgado. Decomprimida y evacuada la última asa ileal, cesa el acodamiento obstructivo de la penúltima asa, que a su vez recobra su peritaltismo. B) Decomprimida la penúltima asa ileal, cesa el acodamiento obstructivo de la antepenúltima, que recobra su peritaltismo (y así sucesivamente).

ileostomía una vez curado el paciente de su afección principal, ello puede efectuarse fácilmente reseccándose solamente el fondo del ciego y sin actuar sobre el íleon y la unión ileocecal (fig. 2). La técnica de cierre, se realiza en 4 tiempos: 2 sépticos y 2 asépticos. 1º) Se incide circularmente la piel a $\frac{1}{2}$ cm. de la mucosa cecal, y luego de colocar gasas con antibióticos dentro del ciego, se cierra hermética y provisoriamente la ileostomía, efectuando sutura continua de la bandeleta de piel adherente a los bordes de la cecostomía. 2º) Se liberan las adherencias del ciego y del íleon a los planos parietales. 3º) Luego de proteger la herida operatoria con compresas húmedas impregnadas de antibióticos, se reabre la ileostomía, se reseca el retrofondo cecal junto con la bandeleta de piel adherida y se cierra el ciego con 2 planos, de sutura. 4º) Se reintroducen el íleon y el ciego al abdomen y cierran los planos parietales, dejando un drenaje de seguridad.

Ileostomía directa con esfínter.— En una paciente con colitis ulcerosa grave hemorrágica, de larga evolución y rebelde a todo tratamiento, hemos efectuado una variante de técnica que denominamos "Ileostomía directa, con esfínter". Al efectuarse la extirpación del colon, conservamos íntegra la última asa ileal, así como el collarete de mucosa del ciego que recubría el esfínter ileocecal (fig. 7). La última fue exteriorizada a través de la pared abdominal, en la f.il.int.der, quedando a nivel de la piel, la mucosa del ciego que recubría el esfínter. Alrededor del asa, se colocaron los collaretes de gasa vaselinada, y con sulfatiazol, para prevenir las infecciones y flemones parietales (obs. 2ª). La evolución fue buena y la ileostomía funcionó perfectamente. La última asa ileal se "colostomizó" emitiendo el paciente materias sólidas o pastosas, 4 a 6 veces al día.

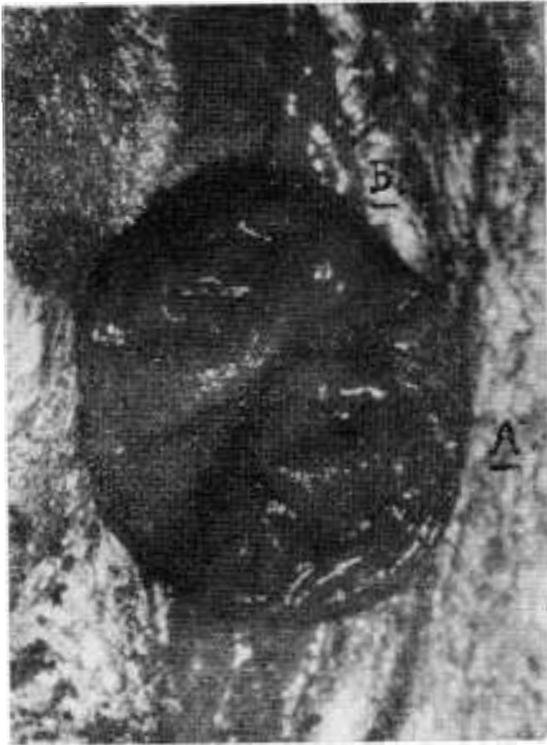


FIG. 6.— A) Ileostomía transcecal con su rodete mucoso, recubriendo el esfínter ileocecal. B) Orificio de la cecostomía.

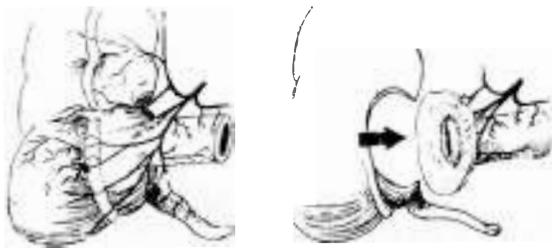


FIG. 7.—Ileostomía directa, con esfínter.

CASUISTICA

Este procedimiento ha sido aplicado en 21 pacientes.

Obs. N° 1.—N. A., 46 años. Enfermo grave, con 2 fistulas cólicas izquierdas, secundarias a un flemón pio-estercoral de origen colónico. El ano ileal transcecal (IV-1963) funcionó bien, poniéndose en reposo el colon, con derivación total de las materias. Tres meses después, efectuada la colectomía segmentaria izquierda y curadas sus lesiones, se efectuó el cierre de la ileostomía, restableciéndose de inmediato el tránsito cólico sin incidentes. El paciente lleva 8 años sin molestia alguna.

Obs. N° 2.—El Ll. 81 años. Con un estado general muy grave por íleo paralítico, consecutivo a un antiguo megacolon gigante. El ano ileal transcecal (V-1965) funcionó perfectamente, derivando todas las materias,

curando el enfermo sin incidente. El esfínter ileocecal ha funcionado bien, colonizándose la última asa ileal y evacuando el intestino delgado 4 o 5 veces al día. Falleció por infarto cardíaco, 5 años después.

Obs. N° 3.—D. A. de C., 50 años. Oclusión intestinal por neoplasma del colon izq., con metástasis hepáticas y peritoneales. La ileostomía funcionó bien, derivando todas las materias y curando de su oclusión. El esfínter ileocecal ha funcionado bien, teniendo 6 a 7 evacuaciones por día. Alta a los 12 días.

Obs. N° 4.—B. V. M., 64 años. Paciente muy grave, con una oclusión de intestino delgado, por peritonitis, con múltiples adherencias. Se efectuó, a la vez, el tratamiento de su peritonitis, la liberación de sus adherencias y la ileostomía. Curado el paciente, 1½ mes después se efectuó el cierre de la ileostomía, restableciéndose normalmente el tránsito ileocecólico y las evacuaciones intestinales por vía natural.

Obs. N° 5.—A. M. B., 66-7132, paciente de 50 años, vista por oclusión de intestino delgado, con eventración, adherencias y enterorragias graves. Padecía de colitis ulcerosa. Efectuada la liberación operatoria de sus adherencias y tratada su eventración, la enferma mejoró inicialmente, para repetirse más tarde el íleo y las enterorragias. Efectuada la ileostomía transcecal la enferma mejoró de inmediato, evacuando materias a las pocas horas y desapareciendo los vómitos, la distensión abdominal y curando de su oclusión. La ileostomía funcionó bien, derivando totalmente las materias. Los trastornos por su colitis ulcerosa continuaron, a pesar del tratamiento general y local, mediante goteo medicamentoso continuo en el colon derecho. Se produjo diarreas y supuración subcutánea, próxima a la ileostomía. Se reprodujeron las hemorragias intestinales. La enferma falleció a los 2 meses por hemorragia internativa.

Obs. N° 6.—D. P., 55 años, con oclusión intestinal coloileal grave, por cáncer del colon transverso, con metástasis hepática y carcinosis peritoneal. La ileostomía mejoró de inmediato a la paciente, restableciéndose el tránsito intestinal y evacuando gases y materias por la ileostomía a las pocas horas. Pudo realimentarse normalmente por vía oral al 3er. día. Alta al 8º día.

Obs. N° 7.—I. R. de P., paciente de 76 años con un cuadro infeccioso muy grave, insuficiencia cardíaca, y oclusión intestinal coloileal, por peritonitis tífica, sin obstáculo mecánico. La ileostomía mejoró a la paciente, evacuando gases y materias a las pocas horas y cesando el cuadro de íleo paralítico. La ileostomía funcionó bien, pero la paciente continuó con diarrea. Tratamiento médico intensivo de su tifoidea. Buena evolución. Cierre de la ileostomía.

Obs. N° 8.—R. V. (67-8404), paciente de 62 años, con un cuadro grave de oclusión, de colon en asa cerrada, por neoplasma de sigmoide. La ileostomía funcionó bien, evacuando gases y materias de inmediato, desapareciendo los vómitos, el balonamiento de vientre, etc. Una semana después hizo una evisceración por la herida operatoria (que había sido imperfectamente suturada), falleciendo.

Obs. N° 9.—S. Z. (67-8676), paciente de 40 años con oclusión intestinal grave, por peritonitis, por úlcera duodenal perforada, con 3 días de evolución. Operación: cierre de la úlcera; drenaje del Douglas; ileostomía con

evacuación aspiradora de todo el intestino delgado. Excelente evolución. Cierre de la ileostomía, a los 2 meses. Curación.

Obs. N° 10.— F. P. (69-10756), 79 años, con grave estado general, por oclusión de intestino delgado, paralítica, de causa "desconocida" (probablemente arterioesclerosis aortomesentérica). Se efectuó laparotomía mediana e ileostomía transcecal, con decompresión aspirativa intraoperatoria, por intubación ileal retrógrada. Excelente evolución. Cierre de la ileostomía a los 10 días.

Obs. N° 11.— R. P., 45 años, oclusión intestinal grave, por íleo paralítico de causa toxiinfecciosa general. Laparotomía mediana e ileostomía transcecal, con decompresión aspirativa intraoperatoria, por intubación ileal retrógrada. Mejoró progresivamente de la oclusión. Cierre de la ileostomía, 2 semanas después. Se reproduce la fistula. Cierre operatorio de la fistula, un mes después.

Obs. N° 12.— A. G., oclusión intestinal en el postoperatorio de una úlcera perforada de duodeno, operado 10 días después mediante laparotomía mediana, liberación de adherencias, ileostomía transcecal y decompresión aspirativa intraoperatoria, por intubación ileal retrógrada. Excelente evolución. Cierre de la ileostomía 3 semanas después.

Obs. N° 13.— A. P., paciente muy grave, con peritonitis por perforación de vólvulo de ciego. Laparotomía mediana, exteriorización del ciego, por flancotomía e ileostomía transcecal. Uremia postoperatoria. Se restablece parcialmente el tránsito intestinal. Fallece al 4° día.

Obs. N° 14.— J. B. O. (68-9842). Oclusión intestinal a los 30 días del postoperatorio de una peritonitis apendicular. Laparotomía mediana, liberación de adherencias, ileostomía transcecal y decompresión aspirativa intraoperatoria, mediante intubación ileal retrógrada. Excelente evolución. Cierre espontáneo, tardío, de la ileostomía.

Obs. N° 15.— D. A. de C. 50 años, oclusión intestinal por cáncer de colon izquierdo. Ileostomía transcecal decompresiva. Colectomía segmentaria izquierda, con anastomosis terminoterminal. Cierre de la ileostomía a las 4 semanas. Excelente evolución.

Obs. N° 16.— M. B., 65 años. Oclusión intestinal por cáncer de ángulo izq. de colon. Ileostomía transcecal decompresiva. Buena evolución. Hemicolectomía izquierda ensanchada una semana después. Cierre de la ileostomía, un mes después. Buena evolución.

Obs. N° 17.— F. P. (69-10756), 79 años, grave estado general por oclusión intestinal, con sigmoiditis y diverticulitis, con "plastrón" en fosa iliaca izquierda. Ileostomía transcecal decompresiva. Buena evolución. Cierre de la ileostomía 1 ½ mes después.

Obs. N° 18.— G. F., 37 años (70-11712). Colecistopancreatitis aguda grave, operada en Serv. Urgencia Hospital Maciel, efectuándose colecistostomía. Oclusión intestinal y absceso necrótico de cabeza de páncreas. Drenaje del absceso. Persiste el íleo de intestino delgado. Laparotomía mediana, liberación de adherencias, ileostomía transcecal, con decompresión aspirativa intraoperatoria, por intubación ileal retrógrada. Persiste la supuración pancreática con digestión parietal progresiva. Fallece en toxemia, al mes de operada.

Obs. N° 19.— M. G. (68-9814), 39 años, oclusión intestinal en el postoperatorio de una peritonitis por perforación de úlcera gástrica. Laparotomía mediana, una semana después; ileostomía transcecal y decompresión aspirativa intraoperatoria, mediante intubación retrógrada. Buena evolución. Cierre de la ileostomía, una semana después.

Obs. N° 20.— E. V., 34 años, padece de colitis ulcerosa hemorrágica grave, desde los 19 años, rebelde a todo tratamiento. Ileostomía transcecal derivativa (VII-70); gran mejoría local y general. Proctocolectomía subtotal con descenso del colon derecho al canal anal (XII-70). Recidiva de la colitis ulcerosa en el colon residual. Ileostomía directa, con esfínter y resección del colon derecho residual (V-71). Buena evolución. Curación de todos sus trastornos. Resección de fístula perineal (VII-71).

Obs. N° 21.— M. D. S. de G., 41 años; cáncer recidivado de colon izquierdo. Colectomía izquierda ensanchada, con enteroanastomosis terminoterminal, e ileostomía transcecal derivativa (VIII-70). Buena evolución. Moderado prolapso ileal transcecal. Cierre de la ileostomía (V-71). Excelente evolución.

Resultados.— En todas las observaciones la ileostomía pudo realizarse fácilmente, sin complicaciones intraoperatorias. Las edades de los pacientes oscilaron de 34 a 81 años: 3 en el 3er. decenio; 3 en el 4º; 7 en el 5º; 4 en el 6º; 3 en el 7º; y uno de 81 años.

La operación se realizó en 16 hombres y 5 mujeres.

La ileostomía derivó totalmente las materias fecales, en todos los casos. El esfínter ileocecal funcionó bien, pudiendo observarse directamente sus contracciones y aperturas.

La evacuación del íleo se realizó de manera intermitente, desde el comienzo, en 14 pacientes. Cuatro enfermos, con cuadros infecciosos graves (obs. 5, 7, 11 y 18) tuvieron emisiones diarreas por la ileostomía. En 5 pacientes la ileostomía fue definitiva, pudiendo observarse la progresiva "colonización" del íleo terminal, disminuyendo el número de evacuaciones, hasta llegar de 4 a 7 por día, y de consistencia pastosa o sólida.

En 11 observaciones (1, 4, 7, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 19, 21) la ileostomía fue cerrada secundariamente sin inconvenientes, restableciéndose el tránsito intestinal ileocecológico, con evacuaciones enteramente normales por el ano perineal. En la obs. 14, la ileostomía se cerró espontáneamente. En la obs. 1 con fístulas cólicas izq., por flemón pioestercoral de origen sigmoideo, la ileostomía previa derivó las materias fecales, mejorando las lesiones, y permitiendo efectuar luego la colectomía segmentaria izq., con descenso del colon transversal y anastomosis en un tiempo.

La ileostomía transcecal fue realizada como operación derivativa inicial en 3 casos de cáncer de colon izquierdo (obs. 15, 16 y 20) en los que pudo efectuarse la hemicolectomía izq. ensanchada, con movilización del colon transversal y del ángulo esplénico, y con enteroanastomosis colónica en un tiempo.

La ileostomía transcecal fue realizada en 12 casos de oclusión intestinal grave, con gran

distensión, en ninguno de los cuales fue posible efectuar la decompresión por sonda; 7 eran oclusiones de colon (obs. 2, 3, 6, 8, 13, 15 y 16) y 5 eran de intestino delgado (obs. 10, 11, 12, 14 y 1ª).

Se la realizó también en 5 casos graves de peritonitis por oclusión intestinal (obs. 4, 7, 9, 17 y 18).

La evolución fue favorable en la mayoría de los casos.

La ileostomía transcecal fue realizada en 2 casos de colitis ulcerosa hemorrágica grave (obs. 5 y 20). En la obs. 5 la colitis se hallaba complicada de oclusión intestinal parálitica y la ileostomía suprimió el componente oclusivo, derivando totalmente las materias fecales y permitiendo tratar mejor la colitis, mediante el goteo medicamentoso directo en el colon; el paciente falleció a los 2 meses, por nuevas hemorragias iterativas. En la obs. 20, se obtuvo, una gran mejoría, una derivación total de las materias, cesando las hemorragias y superándose el estado general; más tarde fue necesario efectuar la extirpación total del colon y del recto, realizándose secundariamente ileostomía directa con esfínter, obteniéndose la curación del paciente.

La evolución de la ileostomía fue favorable en 20 pacientes (95 %). Hubo un caso fatal (5 %) a consecuencia de una evisceración, originada en un error técnico.

Hubieron 4 complicaciones postoperatorias: 1 fístula consecutiva a supuración parietal y 3 prolapso. Todos curaron operativamente.

Hubieron 3 muertes secundarias (no postoperatorias): 1 por pancreatitis y peritonitis; 1 por colitis ulcerosa hemorrágica iterativa; 1 por uremia.

CONSIDERACIONES

La experiencia de la técnica de "ileostomía con conservación del esfínter ileocecal" es aún limitada, pero los resultados obtenidos son de gran interés. Es una intervención que se realiza de manera fácil y rápida, y que a diferencia de todas las otras técnicas de ileostomía, no requiere la sección del intestino delgado, ni su mesenterio, ni sus vasos. El íleon es conservado en su anatomía y funcionalidad. Además no es necesario efectuar la fijación del mesenterio, ni realizar suturas peritoneales, para evitar la producción de hernias intrínsecas.

La técnica que proponemos es la única que establece una ileostomía con esfínter orificial. Esto constituye la diferencia esencial con todas las otras técnicas de ileostomías descriptivas hasta el momento.

Laffite, Suire y Des Mesnards (24), Longuet (23) y Oeconomos (29) han descrito técnicas de cecostomías para ileostomías transcecalo-vasculars. Se trata en realidad de cecostomías en las que se efectúa el cateterismo e intubación aspirativa del íleon a través de la válvula y esfínter ileocecal, procedimiento útil en oclusiones del intestino delgado, pero que no constituye una ileostomía.

Varolio describió en 1573 (45) la válvula ileocecal, que Bauhin (7) confirmó en 1579. La existencia de un esfínter en la función ileocecal esbozada por Masson (1822), Told (1894), Keith (1903), etc., ha sido confirmada por anatomistas, histólogos y fisiólogos. En el ser humano, varios autores han tenido oportunidad de ver directamente el esfínter ileocecal y su funcionamiento en pacientes con exteriorizaciones del ciego y pérdidas de sustancia: Rutherford (1914) (38), Short (1919), Grasso (1933), Piquinela (1945) (31, 32, 33), Di Dio (1952) (13, 14), etc. Piquinela (31, 32, 33) y Di Dio (13-14), han señalado con precisión la importancia funcional del esfínter ileocecal; él retiene el quilo intestinal en el delgado, permitiendo su mejor digestión y absorción: ritma el pasaje del quilo al ciego en pequeñas porciones facilitando el tiempo cecal de la digestión; impide la regurgitación cecoileal. Piquinela (31-32) ha señalado la importancia del esfínter en las oclusiones cerradas de colon, etc.

En las observaciones de ileostomía hemos podido observar, directamente el comportamiento del esfínter. Su existencia e importancia es indudable, teniendo sus períodos de contracción y sus fases de apertura, lo que hace que las evacuaciones del íleo sean intermitentes. La ileostomía con conservación del esfínter que describimos, a la vez que deriva totalmente las materias, poniendo en reposo al colon y decomprimiendo el delgado, tiene la ventaja de dar salida intermitente al quilo intestinal, disminuyendo las posibilidades de expoliación hidrosalina y proteica del paciente.

En los casos en que la ileostomía fue mantenida de manera permanente, se produjo la progresiva "colonización" de la última asa ileal.

Otra ventaja importante de esta ileostomía es que ella es reversible, no necesitando para su cierre la realización de una nueva anastomosis ileocólica, pues la continuidad del íleo y del ciego ha sido conservada así como su esfínter ileocecal; es suficiente amputar el fondo y suturar el ciego.

La ileostomía tiene indicación importante en el tratamiento de las colitis ulcerosas graves, rebeldes al tratamiento médico, o complicadas con grandes hemorragias, estenosis, etc. o como tiempo previo a la colectomía total. Es útil igualmente en el tratamiento de las poliposis difusas del colon.

En la obs. Nº 5, colitis ulcerosa grave hemorrágica, complicada de oclusión parálitica del intestino delgado, la ileostomía fue de gran utilidad en el tratamiento del íleo parálitico. A su vez permitió efectuar el tratamiento médico directo de la colitis ulcerosa, instilando gota a gota los medicamentos (antibióticos, etc.) mediante una sonda colocada en el cecocolon derecho.

En la obs. Nº 1, fístulas cólicas izq., la ileostomía previa permitió efectuar la colectomía con descenso del colon transverso, en un tiempo (y el cierre secundario de la ileostomía). La ileostomía fue de gran utilidad en los 17 casos de oclusión intestinal grave, en los que no había sido posible efectuar la decompre-

sión intestinal por sonda, previamente al acto operatorio. El procedimiento permitió efectuar la decompresión operatoria no solo de todo el intestino delgado, sino también del colon y ello mediante maniobras realizadas fuera del vientre, sin peligro de contaminación operatoria de la cavidad peritoneal, como puede ocurrir cuando se practica la enterotomía y aspiración directa. A la vez, no fue necesario efectuar sutura de cierre de la enterotomía, que en estos casos graves, pueden fallar y dar graves complicaciones (peritonitis, fistulas, adherencias). Otro factor favorable lo constituye el mantenimiento de la decompresión distal del intestino delgado en el postoperatorio, lo que facilitó el restablecimiento del peristaltismo intestinal, y evitó la grave complicación de las recidivas oclusivas postoperatorias (íleos paralíticos) (fig. 5).

La decompresión intraoperatoria a través de una ileostomía terminal, con esta técnica, estaría indicada en las oclusiones graves distales del intestino delgado, en las oclusiones graves por peritonitis y en las oclusiones de colon en asa cerrada.

CONCLUSIONES

1º) Se describe un nuevo tipo de derivación externa del íleon terminal, que denominamos Ileostomía transeccal con conservación del esfínter ileocecal. Ha sido utilizada con buenos resultados en 21 observaciones.

2º) Está basada en la exteriorización del ciego y abertura de su retrofondo, por el cual se exterioriza la terminación del íleon, que es conservado intacto, y con su esfínter ileocecal. Esto hace que la salida del quilo intestinal sea intermitente y no continua, graduada por el funcionamiento del esfínter.

3º) Es una ileostomía reversible. La ileostomía fue cerrada en 12 casos con excelente evolución. Se amputó el fondo del ciego, en 11 casos, pero se conservó intacto el íleo y el funcionamiento del pasaje ileocecólico, con su esfínter.

4º) Fue utilizada en 17 casos de oclusión intestinal (7 casos oclusión de colon; 5 casos oclusión de intestino delgado; 5 casos oclusión con peritonitis), realizándose a la vez decompresión intraoperatoria, con buenos resultados. La evolución postoperatoria fue favorable en 16 casos. Uno falleció por una complicación, evisceración (por error técnico).

5º) En 20 pacientes el resultado funcional fue favorable (95 %). Hubo una muerte postoperatoria (5 %).

6º) En un paciente se transformó la ileostomía transeccal en una ileostomía directa con esfínter, luego de la proctocolectomía total, con buenos resultados.

RESUMEN

Los autores describen una nueva forma de ileostomía, en la cual se deriva totalmente el íleon, conservando el esfínter ileocecal.

Se exponen los detalles de técnica, presentándose 21 observaciones en las que se realizó con buen resultado.

RÉSUMÉ

Les auteurs décrivent une nouvelle technique d'ileostomie, dans laquelle l'íleon est totalement dérivé, conservant le sphincter iléo-cæcal.

Exposé détaillé de la technique et présentation de 21 cas opérés avec succès.

SUMMARY

The authors describe a new type of ileostomy wherein a complete ileon shunt (is performed), while preserving the ileocaecal sphyncter.

The details of the technique are described; case material includes 21 patients in whom it was applied with good results.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUIRRE, L., SALINAS, C. Complicaciones de las colostomías e ileostomías. *III Congreso Internacional de Proctología. Montevideo*, 899, 1963.
2. BASTOS, SILVA, GOFFI. Importancia de la conservación de la válvula ileocecal en resecciones del intestino delgado. *Congreso Pan Americano de Gastroenterología, Sao Paulo*, 291, 1951.
3. BROOKE, B. N. Technique of ileostomy. *Anais do II Congresso Internacional de Proctologia, Sao Paulo*, 225, 1960.
4. BROOKE, B. N. The management of an ileostomy (Including its complications). *The Lancet*, 2: 102, 1952.
5. BROOKE, B. N. Ulcerative colitis and its surgical treatment. *Edinburgh*; Livingstone, 1954.
6. BARTHE, E., NEGRIN, G. H. Intubación intestinal y oclusión. Ed. Intermédica, Bs. As., 1958.
7. BAUHIN, G. *Theat. Anat. Francofurti*, 121, 1605. (Citado por Sappey).
8. CARBONI, R., MANCINI, D., BALBI, M. Estudio anatomorradiológico de la válvula ileocecal normal. *Policlínico (Chir.)*: 228, 1959.
9. CRILE, G., TURNBULL, R. B. Mechanism and prevention of ileostomy dysfunction. *Annals of Surgery*, 140: 459, 1954.
10. COOKE, W. T., BROOKE, B. N. Non-specific entero-colitis. *Quart. J. Med.*, 24: 1, 1955.
11. CENDAN, J. E. Colostomía. *Xº Congreso de Cirugía*, 195, 1959.
12. CAZABAN PEROSSIO, L. A. Gastrostomía temporaria profiláctica de la distensión intestinal postoperatoria. *XIV Congreso Urug. de Cir.*, 131, 1963.
13. DI DIO, L. J. Datos anatómicos sobre "o piloro" ileo-ceco-cólico (com observação direta "in vivo" de la papila ileo-ceco-cólica). Tesis para Docente Libre de Anatomía. *Fuc. de Med. de Sao Paulo, Brasil*, Tipogrf. Ideal, 1952.
14. DI DIO, L. J., MARQUES (jr.), PINTO. 9 observações diretas de a terminação ileal. *Acta Anatómica. (Brasil)*, 44, 1961.
15. GONZALEZ VALES, H. Una nueva forma de ileostomía. Su técnica, fundamentos, indicaciones y resultados. Tesis de doctorado. *Montevideo*, 1967.
16. GUY ALBOT. L'ileostomie terminale. Technique. Résultats. *Annales de Chirurgie*, 31: 48, 1950.
17. GARCIA CAPURRO, R. Apendicostomía ensanchada. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 20: 54, 1949.
18. GARCIA CAPURRO, R., MICHELINI, L. Algunas consideraciones sobre diagnóstico y tratamiento de las oclusiones intestinales del postoperatorio. *XIX Congreso Uruguayo Cir.*, 153, 1963.

19. ITUÑO, C. La decompresión quirúrgica del intestino distendido. Uso del tubo de Larghero. *XIV Congr. Urug. de Cir.*, 126, 1963.
20. KARLEN, M. Oclusión intestinal postoperatoria. *XIV Congreso Uruguayo de Cirugía*, 7, 1963.
21. KEENTLEY, C. B. Appendicostomy. *Brit. Med. Jour.*, 2: 863, 1905.
22. LINDEMBERG, J. On the technique in ileostomy and colostomy. *Acta Chir.*, 107: 25, 1954.
23. LONGUET. Citado por Finochietto, R., 12: 237. 1949. *Ediar Soc. An. Bs. As.*
24. LAFFITE, SUIRE y DES MESNARDS. Citado por Finochietto, R. Técnica Quirúrgica; Operaciones abdominales. 14: 509, 1952. *Ediar Soc. An.*
25. Mc KITTRICK, L. S. Ulcerative colitis. *American Journal of Surg.* August. 1969.
26. Mc KITTRICK, L. S., and MOORE. Ileostomy, Problem or solution. *J.A.M.A.*, 139: 201, 1949.
27. Mac NAMARA. Problems and treatment of the circum-ileostomy skin. *J.A.M.A.*, 149: 171, 1959.
28. MERNIES, G. Oclusión intestinal. *V Congr. Urug. Cirugía*, 271, 1954.
29. OECONOMOS, N. Typhlostomie modernisée. *Presse Médicale*, 73: 20, 1965.
30. PALMA, E. C., GUTIERREZ BLANCO, H. Ileostomía transcecal. *III Congr. de la Asoc. Latinoamericana de Proctología, Santiago de Chile*, 261, 1966.
31. PIQUINELA, J. A. El esfínter ileocecal. Su significado en la obstrucción del intestino grueso. *Tesis de agregación. Montevideo*, 1942.
32. PIQUINELA, J. A. El esfínter ileocecal. Su observación en el hombre. *Bol. Soc. Cir. del Urug.*, 16: 67, 1954.
33. PIQUINELA, J. A. El esfínter ileocecal (segunda comunicación). *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 17: 179, 1946.
34. PIQUINELA, J. A. Las formas anatómicas de la oclusión de colon. *V Congr. Urug. Cir.*, 1: 335, 1954.
35. PALMA, E. C. Consideraciones sobre el problema terapéutico de la oclusión intestinal. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 12: 2, 1941.
36. PRAT, D. El ileo. Ed. Palacio del Libro; Bs. As. y Montevideo, 1931.
37. PRAT, D. Oclusión intestinal, Relato. *V Congr. Arg. Cir.*, Bs. As., 1933.
38. RUTHERFORD. The ileo cecal valve. London H. K. Lewis, 63 pp. 1914 (citado por Di Dio).
39. RIOS BUENO, G. Hallazgos necróticos en la obstrucción intestinal postoperatoria. *XIV Congreso Urug. Cir.*, 117, 1963.
40. SILVA, C. Contribución a la patología de la distensión intestinal postoperatoria. *XIV Congr. Urug. de Cirugía*, 120, 1963.
41. TURNBULL, R. B. Management of the ileostomy. *American Journal of Surgery*, 86: 617, 1953.
42. TURNBULL, R. B. Physiopathology of ileostomy. *Anais do II Congresso Internacional de Proctología, S. Paulo*, 219, 1960.
43. ULIN, A. W., EHRlich, E. W., SHOEMAKER, W. C. Transcecal colostomy with notes on technique and management. *Surg. Gyn. Obs.*, 107: 104, 1958.
44. VIAGGIO. Citado por Finochietto, R. Técnica quirúrgica. Operaciones abdominales. 12: 237, 1949. *Ediar Soc. An.*
45. VAROLE, C. *Anat. Corp. Hum. Libro III. Cap. III año 1573.* (Citado por Sappey).
46. VENTURINO, W. Consideraciones sobre oclusión intestinal postoperatoria. *XIV Congr. Urug. Cir.*, 112, 1963.
47. WARREN and Mc KITTRICK, L. S. Complications of ileostomy. *Surg. Gyn. Obs.*, 93: 555, 1951.
48. WANGENSTEEN, O. H. Citado por Finochietto, R. 12: 237, 1949. *Ed. Soc. An.*
49. YODICE, A. y GARCIA MATA, A. Nuestra experiencia en derivaciones intestinales. *Rev. Cos. Arg. Proct.*, 10: 25, 1954.