

*Oclusión de colon por cierre extraperitoneal de colostomía **

Dr. JACOBO BURSTIN **

Presentamos una complicación del cierre extraperitoneal de colostomía que no hemos visto referida en la literatura.

Hombre de 21 años que el día 12-9-1968 recibe herida de bala en el abdomen. Es intervenido quirúrgicamente en el Hospital Pasteur, donde se comprueba perforación de intestino delgado y vejiga, los que son suturados. El cirujano sospechó una herida de recto subperitoneal por lo que efectuó en el sigmoide, por razones de seguridad, una colostomía de derivación a la Wangenstein.

Tuvo un postoperatorio bueno e ingresa al Hospital de Clínicas para cerrar su colostomía.

Intervención 16-12-1968. Se resecó el collarete de piel que rodea la colostomía. También resección del collarete fibroso del orificio de la colostomía. Sobre zona sana se hace sutura

con lino a puntos separados anudados en la luz. Se realiza un segundo plano seromuscular con lino. Cierre de la pared dejando un drenaje de goma de guante. La sutura queda extraperitoneal.

Evolución: Postoperatorio bueno. Abdomen plano. Se comienza a dar líquido por boca.

18-12-1968. (36 horas de operado). Desde hace 12 horas dolores cólicos. No expulsa gases. Se hace diagnóstico de oclusión mecánica, lo que se confirma en una radiografía de abdomen (Fig. 1), en la que se ven gases en el colon hasta la zona operada en el sigmoide. Se efectúa además estudio televisado con enema opaco que muestra un desfiladero a nivel de la zona operada y una imagen intraluminal que impresiona al radiólogo como una invaginación antiperistáltica o retrógrada (Fig. 2).

Se reinterviene encontrándose una invaginación antiperistáltica. Desinvaginación. Se comprueba que la sutura estaba en el segmento invaginado. Esta vez la sutura queda intraperitoneal dado la extensa liberación de adherencias que se le efectuó. Postoperatorio bueno; alta sin complicaciones.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B" Prof. J. Pradines.

* Docente Auxiliar de Clínica Quirúrgica.
Presentado el 12 de julio de 1972.



FIG. 1.—Gases en el colon hasta la zona operada.

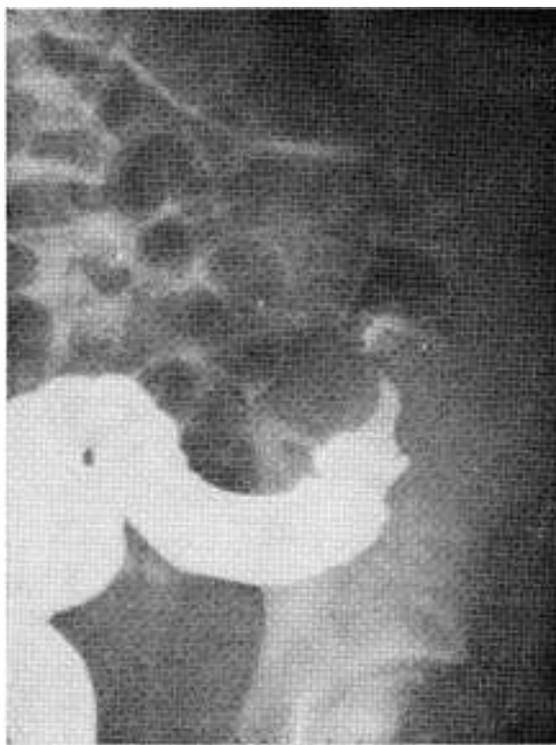


FIG. 2.—Invaginación antiperistáltica.

COMENTARIO

El cierre extraperitoneal ha sido defendido por quienes temiendo una falla de sutura, prefieren como complicación una fístula a una peritonitis.

La complicación que presentamos del cierre de la colostomía, creemos que se produce al tratar de reintroducir el colon en el espacio que crean las adherencias y el plano parietal, volumen que por cierto es menor que el de la víscera a reintroducir y que ha sido, creemos, la causa por la que un segmento se invaginara en otro.

RESUMEN

Invaginación intestinal en el postoperatorio inmediato del cierre extraperitoneal de colostomía, atribuida por el autor a la brevedad del espacio en que debe alojarse el colon una vez reintegrado al abdomen.

RÉSUMÉ

Une invagination intestinale se produit après la fermeture extrapéritonéale d'une colostomie, dans le post-opératoire immédiat. L'auteur l'attribue à l'exiguïté de l'espace dans lequel doit se loger le colon une fois réintégré dans l'abdomen.

SUMMARY

A patient underwent colostomy with extraperitoneal closure and in the immediate postoperative period suffered intestinal invagination. The author attributes it to the reduced space left to the colon after replacing it in the abdomen.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUIRRE MAC KAY. Colostomía, indicaciones, técnica, evolución. Sgo. de Chile. *Editorial del Pacífico*, 1955.
2. LANZA, A. Manejo y cierre de la colostomía. *10º Cong. Urug. de Cir.* Vol. 1, 283-294.