

CORRELATO.

LAS CLAUDICACIONES ORIFICIALES EN LA COLOSTOMIA

Hernias, prolapsos, etc.

Dr. ABEL CHIFFLET

Reunimos con este nombre varios procesos patológicos de las colostomías, caracterizados por la exteriorización visceral.

Todos los autores que se ocupan de las colostomías se refieren a estos procesos, pero hemos notado que hay confusión en el concepto patológico y que se mencionan diversas terapéuticas sin poder, por falta de base patológica, indicar la que corresponde a cada caso. Estudiaremos por separado cada uno de estos procesos.

I) EVISCERACIONES

La evisceración postoperatoria en la colostomía no es rara porque a todos los factores causantes de otras evisceraciones, se agrega la falta de cierre completo de la herida, el ambiente séptico, las malas condiciones de nutrición del enfermo. La evisceración puede ser del asa cólica solamente o de otras vísceras abdominales (figs. 5 y 6).

El pronóstico de la evisceración en la colostomía es grave por la presencia del colon abierto. Aguirre MacKay cita tres observaciones y las tres fatales. No hemos observado ningún caso.

Es necesario prevenir esta complicación, observando los cuidados propios de un buen cierre abdominal y prefiriendo hacer las colostomías por incisiones propias pequeñas independientes de las incisiones de exploración o resección. En caso de producirse la evisceración debe reintervenirse de inmediato, cumpliendo las exigencias antedichas.

II) DEBILIDAD PARIETAL EN EMBUDO

Se observa con bastante frecuencia en los colostomizados una saliente difusa de la pared abdominal rodeando el orificio intestinal, que es más evidente cuando el enfermo hace esfuerzos de cualquier índole que aumenten la presión abdominal. Esta saliente desaparece en el decúbito en reposo. Se produce por una debilidad regional de la pared abdominal, que es empujada por el aumento de presión. Este proceso, que no tiene por sí mismo gran importancia, es causante de otras claudicaciones, tales como hernias y prolapsos, por lo cual deben conocerse sus causas para prevenirlas o tratarlas (fig. 9).

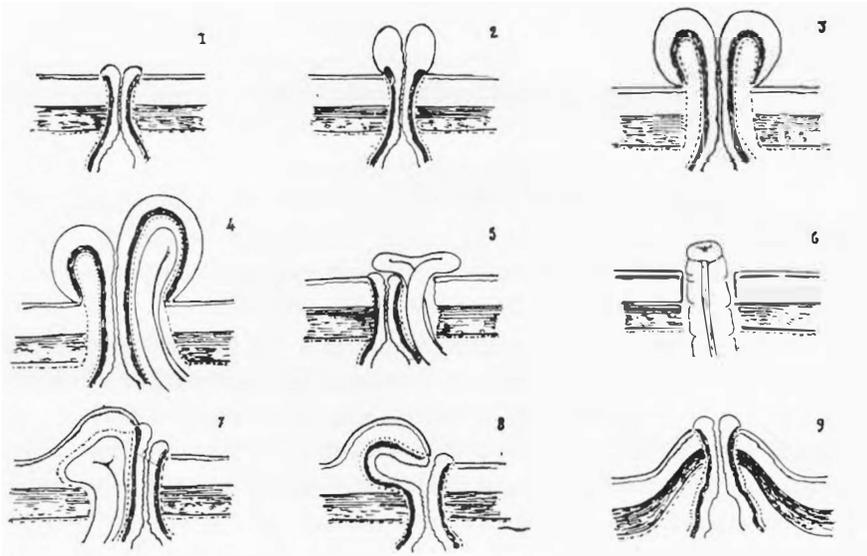
Tres factores intervienen en la producción del embudo de debilidad: la alteración de la pared abdominal, el uso de ciertos aparatos de almacenamiento de materias y los esfuerzos inoperantes de evacuación.

La alteración de la pared abdominal puede ser por las suturas, la supuración, la fibrosis, pero son fundamentales las modificaciones que produce el funcionamiento regional alterado. El hecho más importante para esta alteración es la fijación entre ellos de los distintos planos musculares en la zona que rodea el intestino. De esta fijación resulta que en la contracción del esfuerzo ningún músculo puede juntar las fibras que están a un lado y a otro del intestino manteniéndose por lo tanto abierto el anillo parietal. La alteración en la dirección de las fibras musculares lleva así a su ineficacia y a su atrofia, provocando la debilidad muscular regional.

El uso de bolsas con aros apretados contra la pared abdominal provoca en el esfuerzo una saliencia en la luz del aro. La presión abdominal presiona más en este sector en embudo y va haciendo ceder la resistencia muscular.

Los esfuerzos inoperantes de evacuación constituyen un factor importante de claudicación regional en las colostomías. Debemos saber que hay dos sistemas funcionales que actúan con absoluta independencia en la colostomía: la pared abdominal y el colon. El curso de las materias fecales y su salida al exterior depende únicamente del colon, no interviniendo para nada la dinámica de la pared abdominal ni las modificaciones de la presión abdominal. El gobierno de una colostomía se ejerce sobre el co-

lon, educándolo en un ritmo, modificándole su contenido por el régimen alimenticio y la medicación, frenándolo por vía psíquica de sus salidas del orden, evacuándole regularmente su contenido. Si no se le gobierna así, al colon sólo le quedan para evitar los desastres de la inundación imprevista, la oclusión del orificio o



- Fig. 1.—Colostomía normal.
 Fig. 2.—Prolapso mucoso.
 Fig. 3.—Prolapso por eversión de las paredes intestinales.
 Fig. 4.—Prolapso por eversión provocada por hernia.
 Fig. 5.—Evisceración postoperatoria de asas delgadas.
 Fig. 6.—Evisceración postoperatoria del colon.
 Fig. 7.—Hernia en la colostomía.
 Fig. 8.—Hernia lateral o de deslizamiento del colon. Recesso cólico.
 Fig. 9.—Debilidad en embudo.

una bolsa de almacenamiento. Los esfuerzos para contener o para evacuar no influyen sobre el colon y son inoperantes. Pocas veces hemos visto colostomizados que han pretendido detener la salida de materias y pronto han reconocido la imposibilidad. Pero varias veces hemos observado colostomizados constipados que hacen importantes esfuerzos para evacuar conduciendo solamente a la claudicación parietal.

El embudo de debilidad parietal no tiene por sí mismo un proceso que requiera tratamiento, pero en prevención de procesos que se desarrollan es conveniente tratarlo por la supresión de sus causas productoras, por gimnasia apropiada y vendajes.

III) HERNIA

La hernia o eventración en las colostomías es la salida del contenido abdominal a través de la pared músculoaponeurótica, manteniéndose recubierto de piel. Es un proceso frecuente (figuras 7 y 8).

Las causas de las hernias en las colostomías son en gran parte las mismas que en las laparotomías, pero aumentadas en su acción. El cierre es más precario por el pasaje del intestino, la infección más frecuente por la posibilidad de contaminación cólica, el estado nutritivo del enfermo es, en general, más pobre, la interposición de epiplón o de apéndices epiploicos dificulta la cicatrización. Pero es indudable que la causa principal de las hernias en las colostomías es la debilidad regional, que analizamos en el capítulo anterior.

El contenido herniario es habitualmente intestino delgado y epiplón. Como forma especial debemos recordar el llamado receso cólico en que es la propia pared del colon que se distiende en el tejido subcutáneo, con los caracteres de una hernia por deslizamiento. El diagnóstico de hernia es fácil de hacer por el examen. La asociación con diversos prolapso es frecuente.

El tratamiento puede dirigirse a evitar sus molestias por el uso de vendajes. A veces es imposible contener la hernia y si provoca trastornos serios obligan a la operación. Los resultados del tratamiento quirúrgico son a veces satisfactorios, pero hay frecuentes recidivas. Es útil transplantar la colostomía a otra parte y hacer un cierre completo de la pared herniada.

Hemos observado hernias en cecostomías labiadas, en transversostomías y en sigmoidostomías. Tenemos una recidiva en caso de sigmoidostomía, que tal vez cerramos mal, pero que es un obeso con disuria importante.

IV) PROLAPSOS MUCOSOS

El prolapso mucoso en la colostomía, similar al prolapso mucoso del ano, está constituido por la exteriorización por deslizamiento de la mucosa intestinal. Su pequeño desarrollo y la palpación con los dedos que reconocen su espesor palpando por la luz de la colostomía y por fuera permiten hacer el diagnóstico diferencial con otros prolapsos (fig. 2). Es frecuente encontrar al prolapso mucoso asociado a otros procesos de claudicación regional. No es un proceso frecuente, cometiéndose muy a menudo el error de tomar como tal a prolapsos totales del intestino (1).

La causa puede ser una hipotonía regional o un aumento del peristaltismo cólico pero, en general, responde como en el ano a una alteración de la mucosa. El proceso elemental es el edema. Las causas del edema son variadas: lesiones propias de la mucosa intestinal, compresión vascular en el anillo músculoaponeurótico por cierre exagerado o por hernia concomitante, aspiración de la bolsa de colostomía, irritación directa de la mucosa. El edema persistente y la congestión conducen a la fibrosis y exuberancia de la mucosa que se mantiene así fuera del orificio de colostomía. La mucosa exteriorizada puede ser del cabo proximal, del cabo distal, o de toda la mucosa de una colostomía en asa.

Es importante evitar el edema y tratarlo desde su iniciación dirigiéndose a su causa o con medidas propias: reposo, hielo, hialuronidasa.

Constituido el prolapso, este mismo tratamiento es generalmente suficiente y sólo se justifican otras medidas tales como inyecciones esclerosantes, resección mucosa, incisiones radiadas, etcétera, en caso de gran exuberancia mucosa que no cede.

Los pocos casos de prolapso mucoso que hemos observado han cedido al tratamiento incruento.

V) PROLAPSO POR INVERSION INTESTINAL SIMPLE

En este proceso el colon se evierte en todas sus capas saliendo por el orificio cutáneo. La exteriorización es mucho mayor que en el prolapso mucoso. La palpación demuestra, además, el

espesor de las paredes cólicas. Puede encontrarse como proceso único o acompañando una hernia operatoria. Puede ser del cabo funcionante de la colostomía, del cabo distal, o de los dos en block en la colostomía en asa. Es un proceso frecuente. Puede ser considerado similar a una invaginación intestinal en la que el proceso invaginado con sus dos cilindros no se mete en un cilindro externo o vaginal sino que sale al exterior (fig. 3).

El mecanismo de la inversión es sencillo. El peristaltismo intestinal provoca fisiológicamente una pequeña exteriorización en la colostomía. Si se produce una exteriorización mayor la distensión de este proceso por falta de cilindro vaginal provoca su distensión y luego edema y congestión, que impiden su retroceso; el propio peristaltismo hace progresar la eversión. Para que estos fenómenos se produzcan intervienen muy diversos factores.

1) *Exageración del peristaltismo.*— Puede ser por un pólipo o por simple irritabilidad del colon.

2) *Particularidades del asa cólica.*— La longitud del intestino libre y de su meso favorecen el prolapso. Tal vez este factor influye en la producción de eversión del cabo distal que se describe con cierta frecuencia. El orificio cutáneo pequeño contribuye al prolapso por dos mecanismos: dificultando la evacuación lo cual provoca en el colon una bolsa de almacenamiento que es terreno propicio para la invaginación y dificultando el retorno del pequeño prolapso fisiológico de la colostomía.

3) *Alteraciones de la pared abdominal.*— La deformación en embudo y la hernia favorecen las alteraciones del colon y la protrusión visceral. Los autores señalan su frecuencia y en dos observaciones nuestras de inversión intestinal había hernia.

El prolapso por eversión es muy molesto. Puede dificultar la evacuación intestinal. La mucosa puede ulcerarse provocando hemorragias y secreciones. En fin, puede necrosarse por isquemia.

El tratamiento puede consistir en reducción manual y mantenimiento por el reposo y vendajes. Pero si las condiciones del enfermo lo permiten, está indicada la operación. Las directivas operatorias son claras: debemos actuar sobre el intestino y sobre la pared abdominal corrigiendo todos los factores que enumeramos como responsables.

VI) PROLAPSO POR EVERSION POR HERNIA

El prolapso por hernia es la eversión de la pared cólica provocada por una hernia. Se reconoce porque la inspección y palpación demuestran la presencia de asas intestinales entre el cilindro interno y el externo de la eversión (fig. 4).

Dijimos que el prolapso mucoso es de origen intestinal puro y que el prolapso por eversión es de origen intestinal y parietal. El prolapso por hernia es fundamentalmente de origen parietal. Lo esencial es la hernia y es ésta la que empuja y evierte al colon. La complicación que se debe temer es la estrangulación herniaria (5) y el tratamiento debe ser dirigido a la curación del defecto parietal.

RESUMEN

1) El prolapso mucoso es un proceso puramente intestinal cuyo origen es la alteración edematosa de la mucosa cólica. Puede tratarse actuando solamente sobre el intestino.

2) El prolapso por eversión pura tiene un gran componente colónico, pero hay alteración parietal. Su tratamiento obliga a tratar la pared.

3) Las claudicaciones más frecuentes en la zona de la colostomía son de la pared abdominal: evisceraciones, hernias, prolapso por hernias, embudos de debilidad. El tratamiento, cruento o no, debe dirigirse fundamentalmente a la pared abdominal.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUIRRE MAC-KAY, L.—“Colostomías. Indicaciones. Técnicas. Evol.”. Santiago de Chile, 198 págs., 1955.
2. BIRNBAUM, W.; FERRIER, Ph.—Complications of Abdominal Colostomy. “Am. J. of Surg.”, 83: 64; 1952.
3. BOGETTI, H.—Prolapso intestinal por la cecostomía en un enfermo de colitis ulcerosa. “Soc. Arg. de Ciruj.”, 10: 165; 1949.
4. GABRIEL, W. B.; LLOYD-DAVIES, O. V.—“Brit. J. Surg.”, 22: 520-538; 1935.
5. GUIBE, M.—De l'etirement de l'Intestin Grêle dans un prolapsus du Gros Intestin au niveau d'un Anus contre Nature. “Rev. de Chir.”, 51: 138-161; 1916.

6. KEELEY, J. L.—Prolapse of the Efferent (Distal) Segment of Bowel after Colostomy. "Surg. Gyn. Obst.", LXXV, 5: 605-611; 1042.
7. MALLET GUY, P.; ETIENNE, M. M.—Les grands Prolapsus des Anus Iliques Gauches et Leur Complication d'etirement. "Journ. de Chirur.", 34: 425-438; 1929.
8. PHILLIPS, A.; RAWSON, A. L.—Intussusception after Emergency Colostomy. "Brit. M. J.", 2: 297; 1946.
9. RUSSO, A. G.—El prolapso como complicación de la colostomía. A propósito de la solución de un caso complejo. "Acad. Arg. de Cirug.", XXIX, 4: 157-169; 1945.
10. TAJES, V. R.—Procidencia de transversostomía. "El Día Méd. Urug.", XXIV, 286: 1519-1525; 1957.