

10º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

SESION PLENARIA

Viernes 11 de diciembre

En homenaje al Dr. Domingo Prat

RELATO: *

COLOSTOMIAS

RELATOR:

Dr. JUAN E CENDAN ALFONZO

CORRELATOS: *

“Anatomía del colon y principios de técnica en relación a la colostomía”: *Dr. A. Valls.*

“El colon desfuncionalizado”: *Dr. A. Chifflet.*

“Las claudicaciones orificiales en la colostomía. Hernias, prolapsos, etcétera”: *Dr. A. Chifflet.*

“Estadística. Colostomías realizadas en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, en los cinco años comprendidos entre 1954 y 1959”: *Dr. P. Gibert.*

“Manejo y cierre de la colostomía”: *Dr. A. R. Lanza Seré.*

CONTRIBUCIONES:

“Colostomías”: *Dr. F. Carranza.*

DISCUSION:

Dres. Prat, Carranza, Bermúdez y Cendán Alfonso

* El relato y los correlatos fueron publicados en el Tomo I, pág. 195 a 295.

COLOSTOMIAS

Dr. FELIPE CARRANZA

En las colostomías deben distinguirse dos tipos: aquellas en que se aboca al exterior toda la circunferencia del colon y las que tan sólo se efectúan con un sector lateral del perímetro del colon.

Las colostomías circunferenciales son las que merecen clasificarse como anos contra natura, por su similitud anatómica y patológica, y están expuestas como el ano natural a procesos patológicos similares: prolapso, procidencia, ulceraciones, estenosis, etcétera, y son las únicas que efectúan una derivación externa del contenido fecal del colon.

Las constituidas por un sector lateral del colon son fístulas quirúrgicas, pues presentan un trayecto y dos orificios, uno en la víscera y otro en la piel.

El sitio de preferencia de las colostomías es el colon transverso, bicolostomía transversa, que permite una derivación externa completa, que puede ser defuncionante, descompresiva o derivativa, ya en forma temporaria o permanente. En cambio, las colostomías tangenciales se practican de preferencia en el ciego, siendo descompresivas con derivación externa del contenido colónico parcial. No son defuncionantes y casi nunca definitivas, teniendo la tendencia casi siempre al cierre espontáneo.

Basados en un criterio funcional, los anos contra natura pueden ser:

- 1º) aquéllos que tienen por objeto disminuir la presión intracolónica: colostomías descompresivas;
- 2º) las que además de ser descompresivas aseguran que el segmento distal del colon quede en reposo funcional: colostomías defuncionantes, y
- 3º) las que quedan como definitivas una vez extirpado el segmento distal del colon.

En lo referente a la táctica operatoria de las colostomías defuncionantes, hemos usado distintas variantes, entre ellas la de Devine, excelente para lograr un defuncionamiento perfecto del colon, pero que presenta el inconveniente de todas las colostomías con espolón, por lo que estamos de acuerdo con lo propuesto por el Dr. Garat, en que se deben aprovechar sus fundamentos modificándose su técnica, exteriorizando los cabos en forma independiente. El sitio de elección es el propuesto por Devine, el colon transversal del lado derecho, exteriorizando al cabo funcionando por una pequeña laparotomía paramediana transversal, y el no funcionando en la línea media en el epigastrio o región supraumbilical. Las ventajas son: la eliminación de pérdida de tiempo en la confección del espolón, como también, cuando se desee la eliminación, que tiene sus peligros y que es molesta para el enfermo, ya que el espolón no constituye una ventaja para el cierre de las colostomías.

No insistiremos en las indicaciones y en las ventajas de la colostomía por haber sido exhaustivamente tratadas por el relator, con quien estamos de acuerdo en el fundamento de relato, pero sí queremos recalcar la importancia que en la práctica tiene esta intervención frecuentemente menospreciada por clínicos y cirujanos, pero que debe ser practicada u orientada por quienes tengan experiencia, pues, de sus resultados depende, en gran parte, el porvenir en la vida confortable del enfermo a quien se la practique.

Nuestra mayor experiencia es, sin duda, en las colostomías definitivas, que se practican como tiempo previo del carcinoma anorrectal inoperable mediante la cual puede practicarse luego la cirugía paliativa, el tratamiento por los medios físicos: ródium, cobaltoterapia o tratamiento médico. A este respecto, deseamos recalcar que desde hace más de 30 años hemos dado suma importancia al tratamiento quirúrgico paliativo en el cáncer anorrectal inoperable, aun en presencia de metástasis hepáticas o en otros sitios de la economía, pues, con ellas se obtienen sobrevidas confortables de varios años, y no es lo mismo para los enfermos dejar librada su evolución natural contra cuyos dolores es difícil, si no imposible luchar, que morir de una metástasis hepática, generalmente silenciosa.

En las colostomías definitivas en el cáncer rectal inoperable, hemos efectuado los numerosos procedimientos propuestos, para al final elegir y hacer casi sistemáticamente el de más fácil ejecución, y que proporciona el mismo éxito funcional que aquéllos con técnicas más complicadas, evitando complicaciones siempre graves en estos enfermos lábiles.

Practicamos una variante de la técnica de Miles, que consiste en pasar la sigmoidea a través de la pared abdominal por disociación muscular en la fosa ilíaca izquierda, en el sitio más declive posible, e incindiendo el meso, respetando la arcada vascular, se pasa una varilla de vidrio o un tubo de goma rígido, lo que permite a los 7 días, una vez ya hecha la exclusión, seccionar el colon con bisturí eléctrico.

Siempre cerramos, abierta la cavidad, el espacio coloparietal, para evitar la posible obstrucción por una ansa de intestino delgado. La exteriorización del colon debe ser fácil, sin tracciones, prefiriendo que el ansa distal sea más bien larga.

Creemos haber sido de los primeros que hemos aconsejado no colocar puntos para fijar el intestino ni a los planos musculares ni a la piel, aprovechando sí, los apéndices epiploicos para fijar el colon. Este proceso evita, por errores de técnica, la formación de abscesos parietales que alargan la evolución y ensombrecen el pronóstico de estos enfermos.

Después de haber sido partidarios de la colostomía abdominal en la cura radical del cáncer del recto y rectosigmoide, hemos, desde el año 1945, evolucionado sobre todo en los enfermos obesos y los que sobrepasan los 60 años, practicando la extirpación sacral ampliada, según la técnica de Mandl y de Goetze, que se finaliza con la constitución de un ano sacro a costa de la sigmoides descendida, cuyo resultado funcional, con un régimen apropiado, unido a una prótesis temporaria, simplifica la vida de estos enfermos, llenando uno de los postulados que Horsley indica como función de la cirugía: simplificar la vida.

Podemos demostrar, con las piezas operatorias y los resultados obtenidos, que la eliminación de la colostomía no invalida la radicalidad de la operación.

Resumiendo, en la clasificación que hemos hecho de las colostomías, hemos adoptado un criterio funcional con orientación clínicoquirúrgica.

Las colostomías circunferenciales, o anos contra natura, no sólo tienen aplicación en los casos del cáncer de colon y recto, sino que constituyen un recurso difícil de superar en el tratamiento quirúrgico de lesiones no malignas del intestino terminal.

Cuando la exigencia clínica consiste en disminuir la distensión del colon, fracasada ésta por tratamiento médico, no debe demorarse en practicar la descompresión quirúrgica: colostomía descompresiva.

Siempre que sea posible, los resultados funcionales son mejores con las colostomías circunferenciales.

En los cuadros clínicos con procesos inflamatorios estenosantes, fistulosos, con asiento en el intestino terminal, se debe dar preferencia a las colostomías defuncionantes, practicadas en el colon transverso del lado derecho.

Las directivas básicas aplicables en los casos de obstrucción del colon pueden esquematizarse así: obstrucción muy grave con estado general malo; cecostomía descompresiva tangencial.

Obstrucción grave: colostomía descompresiva tangencial en ansa.

Necesidad de reposo funcional del intestino terminal con distensión moderada: bicolostomía defuncionante con los cabos divergentes en el plano parietal, yuxtaparietal o abdominoparietal.

Hiperpresión intracolónica de importancia: indica la necesidad de defuncionar el colon, colostomía descompresiva circunferencial o tangencial.

En distensión moderada, recurrir, en primer término, al tratamiento médico: enemas, antisépticos del tipo sulfamidas, régimen dietético y vitaminoterapia.

Todo tipo de colostomía, ya sea descompresiva o funcionante, puede cerrarse con la ayuda de los antibióticos, por vía intraperitoneal, con un gran margen de seguridad, teniendo la ventaja, además de restablecer el tránsito intestinal, de reconstituir la pared abdominal.

Las colostomías conservan aún un índice alto de mortalidad. La causa de ello es que la mayoría de los enfermos con oclusión del colon son enviados al cirujano cuando la presión intracolónica ha comprometido la vitalidad mural del intestino, y ha gravitado sobre las perturbaciones que se descubren en el medio interno, causadas por la evolución de la obstrucción.

Felicitemos al Comité Ejecutivo del Congreso por haber elegido este tema, cuyo conocimiento por el magnífico relato del Dr. Cendán Alfonzo, permitirá que los enfermos sean enviados más precozmente al cirujano, cumpliéndose así una premisa que debe regir toda indicación quirúrgica: el pronóstico y el resultado son siempre mejores cuanto más pronto se haga su indicación.