

Colostomías: clasificación, indicaciones, detalles de técnica

Dr. Gerardo de La Llera Domínguez¹

1. CLASIFICACIÓN

1.1. Por su localización

- 1.1.1. Cecostomía.
- 1.1.2. Transversostomía.
- 1.1.3. Sigmoidostomía.

1.2. Por su permanencia

- 1.2.1. Transitorias
- 1.2.2. Definitivas

1.3. Por su finalidad

- 1.3.1. Descompresivas
- 1.3.2. Derivativas

1.4. Por su técnica

- 1.4.1. “En asa” o lateral
- 1.4.2. “En doble cañón de escopeta” o con estoma doble
- 1.4.3. Con estoma único o terminal

2. INDICACIONES

2.1. Cecostomía

Se utilizarán sólo con la finalidad descompresiva transitoria, en pacientes en muy mal estado general, con oclusión intestinal por lesiones del ciego, el colon ascendente o la mitad derecha del colon transverso.

2.2. Transversostomía

Se utilizarán con la finalidad de obtener la descompresión del colon o la desfuncionalización del asa distal por derivación parcial o total de las heces fecales. Se realizarán en los pacientes que presenten afectada la mitad izquierda del colon transverso, el colon izquierdo o el rectosigmoides.

- 2.2.1. Oclusión intestinal de causa tumoral, inflamatoria o congénita. (Ver oclusión intestinal en este manual.)
- 2.2.2. Oclusión intestinal determinada por una compresión tumoral. (Ver oclusión intestinal en este manual.)
- 2.2.3. Perforación de causa tumoral o inflamatoria. (Ver cirugía de colon.)
- 2.2.4. Fístulas. (Ver fístulas.)
- 2.2.5. Perforaciones traumáticas que deben ser suturadas por no poder ser exteriorizadas, excluyendo las del rectosigmoideas. (Ver traumatismos del abdomen.)
- 2.2.6. Ciertas formas de lesiones ulcerativas segmentarias.
- 2.2.7. En algunos pacientes que requieren reconstrucción anoperineal, con carácter transitorio.
- 2.2.8. En algunos pacientes de agangliosis del colon. (Ver el presente manual.)

2.3 Sigmoidostomía

- 2.3.1. Perforaciones traumáticas o inflamatorias del rectosigmoideas. (Ver traumatismos de abdomen.)
- 2.3.2. Durante la realización de intervenciones electivas de tumores malignos del recto, resecables o no. (Ver tumores de colon.)
- 2.3.3. Vólvulo del sigmoideas. (Ver el tema correspondiente en este manual.)
- 2.3.4. En algunos pacientes con agangliosis del colon. (Ver el presente manual.)

3. DETALLES DE TÉCNICA

3.1 Cecostomía

- 3.1.1. Incisión de McBurney
- 3.1.2. Doble sutura concéntrica “en bolsa de señora” con material no absorbible No. 00; apertura del ciego en el centro de esta jareta y colocación, a través de ésta, de una sonda gruesa de Pezzer o Foley.
- 3.1.3 Fijación del ciego al peritoneo parietal anterior con puntos de catgut cromado No 00 o material no absorbible No. 00.

3.2. Transversostomía

- 3.2.1. Incisión transversal o longitudinal de 8 cm, en el cuadrante superior derecho del abdomen.
- 3.2.2. Colostomía en asa.
- 3.2.3. Apertura de la colostomía a las 24 h. Si es necesaria la apertura inmediata se colocará una sonda hacia el asa proximal, introduciéndola a través de una incisión realizada en la parte media de dos suturas concéntricas en “bolsa de señora”, que se anudarán sobre la sonda.

3.2.4. En las colostomías en asa no se debe retirar la varilla o tubo de sujeción antes de las 72 h.

3.3. Sigmoidostomía

3.3.1. Sigmoidostomía en asa:

3.3.1.1. Incisión de McBurney en la fosa iliaca izquierda.

3.3.1.2. Liberación del colon descendente, a fin de poder exteriorizar suficientemente el asa.

3.3.1.3. Apertura de la colostomía a las 24 h. Si es necesaria la apertura inmediata se colocará una sonda hacia el asa proximal, introduciéndola a través de una incisión realizada en la parte media de dos suturas concéntricas en “bolsa de señora”, que se anudarán sobre la sonda.

3.3.2. Sigmoidoscopia en doble cañón, previa resección del segmento patológico:

3.3.2.1. Sección entre pinzas de forcipresión, o por medio de la pinza de Rankin, del segmento a resecar.

3.3.2.2. Sutura de la brecha mesocólica.

3.3.2.3. Si se han utilizado 2 pinzas de forcipresión, se debe retirar la pinza proximal o abrir la rama proximal de la pinza de Rankin a las 24 h, dejando la rama distal para su caída por necrosis.

3.3.3. Sigmoidostomía en estoma único (Técnica de Hartmann):

3.3.3.1. Liberación de la zona a exteriorizar.

3.3.3.2. Sección entre 2 pinzas de forcipresión.

3.3.3.3. Sutura oclusiva del cabo distal.

3.3.3.4. Exteriorización de un segmento de 6cm – 8cm del cabo proximal, por contraabertura o implantación inmediata o tardía de la colostomía a la piel. En el 1er. caso, se retira la pinza de forcipresión a las 24h – 48h de colocada.

La sigmoidostomía transitoria deberá realizarse en la porción proximal del sigmoide.