

## Trabajos Originales

# Colostomias: indicaciones y complicaciones

## Colostomies: indications and complications

**Prof. Dr. Joaquín Villalba<sup>1</sup>**  
**Prof. Dr. Osmar Cuenca<sup>2</sup>**  
**Dra. Rosa Ferreira<sup>3</sup>**  
**Dr. Jorge Giubi<sup>4</sup>**  
**Dr. Kyung Suk Kim<sup>5</sup>**  
**Dra. María Lorena González<sup>6</sup>**  
**Dr. Miguel Riveros<sup>7</sup>**

1) Jefe de Cátedra

2) Jefe de Sala

3) Médico de guardia de Urgencias

4) Médico de guardia de Urgencias

5) Médico Residente

6) Médico Residente

7) Médico Residente

II Cátedra de Clínica Quirúrgica  
Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

## RESUMEN

**Introducción:** La colostomía es una técnica utilizada frecuentemente en las cirugías de urgencia, por ser un tipo de derivación externa rápida y eficaz, sin embargo no está exenta de morbilidad.

**Objetivo:** Conocer la frecuencia de este procedimiento, la causa que la justifica y las complicaciones de la misma, así como su morbilidad y mortalidad.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes colostomizados en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica, FCM – UNA, en el período marzo 2000 a marzo 2005.

**Resultados:** Se realizaron 81 colostomías, de las cuales fueron varones 51(62,9%) y mujeres 30(37,1%), la edad estuvo comprendida entre 20 a 89 años (promedio de 54 años).

Los factores predisponentes más frecuentes fueron la neoplasia y la desnutrición.

La indicación quirúrgica fue en 30 (37%) casos por peritonitis fecal de distintas etiologías, que incluye: dehiscencias anastomóticas, perforación por cuerpo extraño, bridas que ocasionaron perforación así como hernias internas; 17 (20,9%) casos por cáncer colo-rectal, 7 (8,6%) casos por perforación de vólvulo del sigmoides, 6 (7,4%) casos por perforación traumática, 6 (7,4%) casos por enfermedad de Fournier, 4 (4,9%) casos por invaginación intestinal, 11 (13,3%) por enfermedad diverticular – 6 sangrantes y 5 inflamatorias, 2 (2,1%) por fistula recto vaginal, 1 (1,2%) caso por enfermedad de Chagas y 1 (1,2%) caso por fistula anal.

De las colostomías realizadas, 12 (14,9%) fueron en asa y 69 (85,1%) de tipo terminal.

Se hicieron por cirugía electiva en 11 (13,6%) pacientes y en 70 (86,4%) por urgencia.

Fueron hechas por médicos residentes 71 (87,6%) colostomías y por médicos del staff, ya sea coloproctólogo o cirujano general 10 (12,4%) colostomías.

Ocurrieron complicaciones en 32 (39,5%) pacientes, los mismos fueron: hernia paracolostómica en 12 casos, prolapso en 2 casos, retracción en 4 casos, necrosis del cabo terminal en 3 casos y perforación del asa aferente en 1 caso, concomitante en 10 pacientes la dermatitis de piel; todos ellos fueron reoperados.

La internación fue en promedio de 16 días (rango entre 1 y 32 días).

Ingresaron a UCIA 9 pacientes y fallecieron

5(6,1%) pacientes, por shock séptico.

**Conclusión:** Las colostomias son procedimientos estándares en la práctica de la cirugía coloproctológica, sin embargo no dejan de tener una morbilidad y mortalidad considerable.

Dependerá su complicación, de la patología por la cual se la indique así como de la experiencia del cirujano que realice la técnica.

**Palabras Claves:** Colostomias. Complicaciones.

## SUMMARY

**Introduction:** The colostomy is a technique used most frequently in the urgency surgeries, being a fast and effective type of external derivation, however it is not free of morbidity.

**Objective:** To know the frequency of this procedure, the cause that justifies it, and its complications, as well as its morbidity and mortality.

**Patients and methods:** Retrospective, descriptive study of patients that were colostomized in the II CCQ, FCM-UNA, in a period between March 2000 and March 2005.

**Results:** There were made 81 colostomies, 51 (62,9%) were men and 30 (37,1%) women, the age was understood between 20 and 89 years (average 54 years).

The most frequent predisponentes factors were: neoplastic and malnutrition. The surgical indication was in 30 (37%) cases fecal peritonitis of different etiologies, that includes: anastomotic dehiscence, perforation by strange body, internal bridles that caused perforation and hernias; 17 (20,9%) cases by colo-rectal cancer, 7 (8,6%) by perforation of sigmoid voluble, 6 (7,4%) cases by traumatic perforation, 6 (7,4%) cases by Fournier Syndrome, 4 (4,9%) cases intestinal invagination, 11 (13,3%) diverticular disease: 6 hemorrhagic and 5 inflammatory; 2 (2,1%) rectal-vaginal fistula, 1 (1,2%) case Chagas disease and 1 (1,2%) case anal fistula.

Of the colostomies, 12 (14,9%) were diversion 69 (85,1%) end type. They became by elective surgery 11 (13,6%) patients and 70 (86,4%) urgencies. 71 (87,6%) colostomies were done by resident and by staff doctors (coloproctologist or general surgeon) 10 (12,4%) colostomies.

There were complications in 22 (27,1%) patients, paracolostomic hernia in 12 cases, prolapse in 2 cases, retraction in 4 cases, necrosis of the terminal end 3 cases and perforation of the afferent asa in 1 case, in 10 patients appeared dermatitis; all were reoperated.

The internment was in average 16 days (between 1 and 32 days), 9 patients entered to intensive cares and passed away 5 (6,1%) patients, in those were diagnosed septic shock.

**Conclusion:** The colostomies are standard procedures of the coloproctologic surgery, nevertheless it does have a morbidity and mortality considerable. Its complication will depend, of the pathology by which is indicated, as well as the experience of the surgeon who makes the procedure.

**Key Words:** Colostomy. Complications.

## INTRODUCCIÓN:

La colostomía es la creación quirúrgica de una apertura del colon a la piel de la pared abdominal y su propósito es desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el colon.(1)

Se define como complicación de la colostomía o evolución anormal, a todo trastorno que afecte el aspecto anatómico o funcional del asa colostomizada, o de sus elementos vecinos, como la pared abdominal o los órganos intra-abdominales (epiplón, mesos e intestino delgado); en relación a la técnica de ejecución de la colostomía.(1)

Según el segmento colónico ostomizado se clasifican en, terminal o en asa. La colostomía puede ser, de acuerdo al tiempo, definitiva, si se realiza la exéresis del aparato esfinteriano anal junto con el recto, siendo las enfermedades más comunes que llevan a esta situación los carcinomas de tercio inferior de recto y canal anal o bien puede ser temporal cuando exista la necesidad de una derivación de las heces para proteger un sitio en el intestino inflamatorio, infectado, obstruido o traumatizado.(1,2)

El sitio óptimo para la ubicación debe estar dentro del músculo recto anterior y del campo visual del paciente, y alejado del borde condral de la cresta iliaca, del ombligo, pliegues, arrugas, cicatrices de la línea natural de la cintura.(2)

Las indicaciones para realizar una colostomía son variadas, como por ejemplo:

- Descomprimir el intestino grueso, pudiendo ser la obstrucción congénita o adquirida, intrínseca o extrínseca, del colon, recto o ano.(3)
- Crear una fistula proximal para proteger una rafia o anastomosis, indicación que podría ser cuestionada debido a que la sutura tiene sus normas para realizar buena movilización de segmentos, buena irrigación, segmentos sanos o rigurosa técnica quirúrgica; si la anastomosis cumple estos requisitos la colostomía es innecesaria, en caso contrario no debería llevarse a cabo, sino una colostomía temporal.(3,4)
- Desviar temporalmente la corriente fecal como preparación para reseca una lesión, permitir la cicatrización de heridas perineales

o poner reposo segmentos del colon gravemente comprometidos.(4)

- Tratar una lesión que se muestra irreseccable o cuando existe un trauma extenso donde una resección con anastomosis primaria no es deseable o no es técnicamente posible.(4)
- Servir de ano artificial permanente después de una resección abdomino-perineal.(4)

Las causas más frecuentes son: - la obstrucción de colon, ya sea por patología maligna o benigna, como lo son la enfermedad diverticular obstructiva, enfermedades inflamatorias del colon, malformaciones congénitas, estenosis del colon post-radioterapia o de origen isquémico, la perforación de colon como resultado de patología benigna o maligna, los traumatismos de colon son una gran fuente para la creación de colostomías. De acuerdo al tiempo de evolución de la lesión, pueden realizarse pre-colostomías, que consisten en el cierre primario de la lesión y la exteriorización de este segmento suturado.(5)

Otras causas son la extirpación radical del recto, hipomotilidad colónica severa y persistente, paraplejía, lesiones cutáneas extensas en el periné, incontinencia anal post-quirúrgica.(5,6).

La frecuencia de las complicaciones de las colostomías en algunas series es del 30% ,pero en otras tiende a disminuir no sólo por la mejora de técnicas quirúrgicas sino porque se está tomando conciencia de que las condiciones de vida de los pacientes dependen de la calidad técnica y de los cuidados post-operatorios.(7)

Las complicaciones más comunes son: **Isquemia o necrosis**, de una ostomía es una situación grave que ocurre muy cercano a la cirugía ( primeras 24 horas ), pudiendo ser superficial o profunda según las capas que comprometa, y total o parcial según la porción circunferencial afectada.(8,9)

**Prolapso**, es la protrusión o salida de las paredes del asa colostomizada a través del estoma sin que esta se desprenda, demás de 6 cm. considerándose la protrusión inicial del asa y determinándose con el paciente en posición relajada; puede comprometer toda la pared o sólo la mucosa.(9)

**Retracción**, es el hundimiento de la colostomía hacia el interior de la cavidad abdominal en forma brusca o progresiva, con o sin desprendimiento de la pared abdominal.

**Hernias paraostómicas**, es la complicación más frecuente de la colostomía terminal, ocurre por una apertura de la fascia o aponeurosis demasiado grande o por localizar la ostomía por fuera del músculo recto abdominal.(9)

**Estenosis**, es la disminución del calibre de la boca de la colostomía, esta puede ocurrir a nivel de la piel o de la aponeurosis. Aparecen después de isquemia del segmento exteriorizado, infección local o

una apertura en la piel demasiado pequeña.(9)

**Dermatitis**, es la inflamación irritativa de la piel paracolostómica, que va desde la congestión a la erosión dérmica, es provocada por el contacto de materias fecales.(9)

Otras complicaciones que se dan con menor frecuencia son: Hemorragias, Absceso pericolostómico y perforación, Ulceración, Fístulas, Infección de la herida.(10)

El cuadro clínico se caracteriza de acuerdo al tipo de complicación, ya que puede ser una dermatitis paracolostómica, que se evidencia con los cambios tróficos de la piel o ser un abdomen peritoneal, por peritonitis fecal resultado de las causas ya expuestas.

El diagnóstico precoz tiene como pilar fundamental a la clínica presentada por el paciente, como medios auxiliares se opta por los análisis laboratoriales, la presencia de leucocitosis y las imágenes , la imagen de neumoperitoneo en la radiografía de tórax y líquido libre en cavidad que se evidencia en la ultrasonografía abdominal.(10)

El tratamiento adecuado, esta determinado por la complicación presentada, el mismo puede ser quirúrgico o médico, de acuerdo al caso.

La mortalidad de las complicaciones de las colostomías, en cuanto a las que cursan con peritonitis fecal, llega a un 38%, si no se realiza una cirugía precoz, corrigiendo el defecto de inmediato. En grandes series la mortalidad es de un 10%, cuando se realiza el diagnóstico y la cirugía precoz.(9,10)

La causa de muerte en los pacientes con complicaciones por colostomías es la sepsis. Otros factores de riesgo que se correlacionan son la edad mayor de 50 años, patologías de base médica, neoplasias, desnutrición.(11)

El objetivo del presente trabajo es la revisión de datos sobre las indicaciones y complicaciones de las colostomías, tratamiento y resultados logrados en su evolución; así como su mortalidad en la II Cátedra Clínica Quirúrgica de la FCM-UNA, en un período de 5 años (marzo 2000 a febrero de 2005).

## PACIENTES Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte trasversal, de pacientes colostomizados en la II Cátedra Clínica Quirúrgica de la FCM-UNA, en un período de 5 años (marzo 2000 a febrero de 2005).

### Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos, mayores de 15 años.
- Historia clínica completa, incluyendo la realización de una colostomía, indicación, complicación y evolución.

**Criterios de exclusión**

- Pacientes menores de 15 años.
- Datos incompletos.

Se revisaron 81 historias clínicas de pacientes colostomizados, que cumplieron con los requisitos de inclusión. Se consignan datos sobre edad, sexo, la frecuencia de la colostomía, su indicación, sus complicaciones, así como su morbilidad y su mortalidad.

**RESULTADOS**

Se realizaron 81 colostomías, de las cuales fueron varones 51 (62,9%) y mujeres 30 (37,1%), la edad estuvo comprendida entre 20 a 89 años (promedio de 54 años).

Los factores predisponentes más frecuentes fueron la neoplasia y la desnutrición.

Las indicaciones quirúrgicas se exponen a continuación en la **gráfica n 1**.

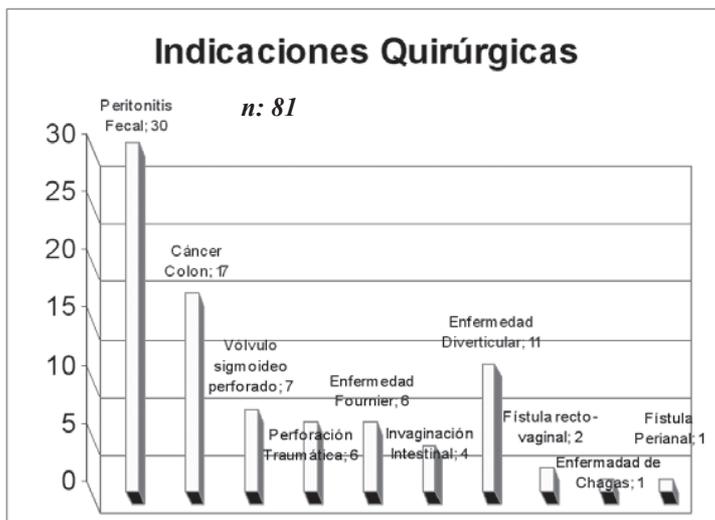
De las colostomías realizadas, 12 (14,9%) fueron en asa y 69 (85,1%) de tipo terminal.

Se hicieron por cirugía electiva en 11 ( 13,6%) pacientes y en 70 (86,4%) por urgencia.

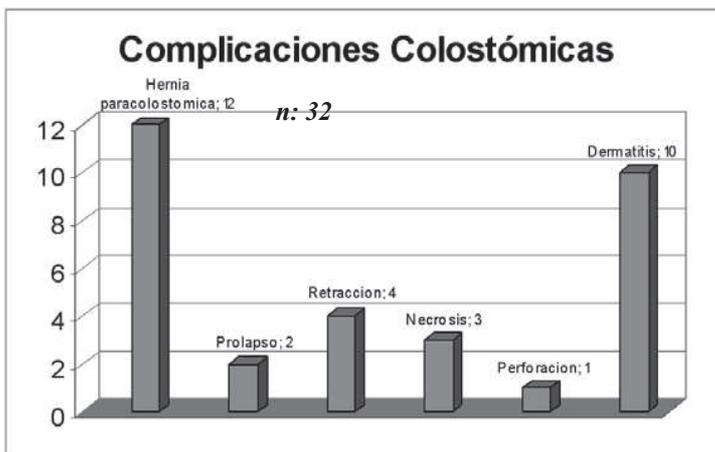
Fueron hechas por médicos residentes 71 (87,6%) colostomías y por médicos del staff, ya sea coloproctólogo o cirujano general 10 (12,4%) colostomías.

Ocurrieron complicaciones en 32 (39,5%) pacientes, los mismos fueron: hernia paracolostómica en 12 casos, prolapso en 2 casos, retracción en 4 casos, necrosis del cabo terminal en 3 casos y perforación del asa aferente en 1 caso, concomitante en 10 pacientes la dermatitis de piel; todos ellos fueron reoperados, lo cual se muestra en la **gráfica n2**.

La internación fue en promedio de 16 días ( rango entre 1 y 32 días).



GRAFICA N 1



GRAFICA N 2

Ingresaron a UCIA 9 pacientes y fallecieron 5 (6,1%) pacientes, por shock séptico, consecuencia de la peritonitis fecal producida por necrosis del cabo Terminal en 3 casos, perforación del asa aferente en 1 caso y retracción del cabo Terminal en 1 caso.

## DISCUSION

La colostomía es definida como la creación quirúrgica de una apertura del colon a la piel de la pared abdominal y su propósito es desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso, aunque se la considera un procedimiento estándar no está exenta de complicaciones, como lo reportan varios autores.(1,2,3,4)

Las complicaciones, son frecuentes en pacientes del sexo masculino, en aquellos inmunocomprometidos y desnutridos, teniendo en cuenta además la experiencia del que realiza la técnica, como lo registran varios trabajos.(1,2,3,4,5,6)

La indicación más común hallada en este trabajo fue por peritonitis fecal y entre ellas la dehiscencia anastomótica, otras fueron por cáncer colorectal, perforación de vólvulo sigmoides, en cuanto a series como la de Calatayud et al, se constató que un 87% (n:201 pacientes) fueron por causa neoplásica y para Orlando et al, fue de 85% (n:100) por causa de traumatismo penetrante de colon.(2,3,4,5,6,7,10)

En nuestra serie se realizaron en un porcentaje mayor las colostomías de tipo terminal, ya que la localización en colon izquierdo lo requería, coincidente con otras series en las cuales también el colon izquierdo es el más afectado, sin embargo en la serie de Orlando et al tuvieron mayor porcentaje en la realización de colostomías en asa, la mayor frecuencia se explica por el aumento de la incidencia de lesiones en segmentos móviles del colon, registrada en su trabajo y por la relativa facilidad en su realización.(2,5,6,7,10,11)

Nuestras colostomías fueron hechas en un 86%(n:81) de urgencia, por las indicaciones que tuvieron, tomando en cuenta nuestra población que se caracteriza por ser carente de recursos y por lo tanto acuden a la urgencia en estado avanzado del cuadro quirúrgico que los aqueja, en otros trabajos

como el de Calatayud et al, fueron en un 80% electivas.(2,6,8)

El hecho de que la realización de las colostomías sean de urgencia, es relevante también en las complicaciones, puesto que revela una falta de preparación colónica, contaminación peritoneal y un probable retraso en el tiempo, entre la complicación y el acto quirúrgico.

EL 87% de nuestras colostomías fueron realizadas por médicos residentes, hecho importante y que repercute sobre el porcentaje de complicaciones.

Tuvimos un 39,5% de complicaciones, siendo la más frecuente la hernia paracolostómica (37,5%), hecho coincidente con algunas literaturas, luego la dermatitis de piel, retracción y necrosis, sin embargo no deja de ser un alto porcentaje ya que en la serie de Burch sólo tuvieron un 3,8% y en la de Burns un 13%, siendo la complicación más frecuente el prolapso, seguido de la estenosis y necrosis.(6,7)

La diferencia en el desarrollo de complicaciones entre los diversos estudios, se debe a la diferente proporción de procedimientos quirúrgicos de emergencia, diferente tiempo de seguimiento ambulatorio y a la subjetividad de apreciación de algunas complicaciones.

Nuestros pacientes con complicaciones fueron todos reoperados, al hacer el diagnóstico, y de los cuales 5 fallecieron por sepsis, consecuencia de la peritonitis fecal producida por necrosis del cabo Terminal en 3 casos, perforación del asa aferente en 1 caso y retracción del cabo Terminal en 1 caso, no registrándose como causa, patología de base, por lo tanto nuestra mortalidad es del 6%, en otros trabajos registran una mortalidad del 10%. (2,6,7,8,10,11,12,14,15)

## CONCLUSIÓN

Las colostomías son procedimientos estándares en la práctica de la cirugía coloproctológica, sin embargo no deja de tener una morbilidad y mortalidad significantes.

Dependerá su complicación, de la patología por la cual se la indique así como de la experiencia del cirujano que realice la técnica.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- Ortiz J, Villalba A. J, Gómez R. Colostomía en Cirugía- Fundamentos y Terapéutica, Efacim. 2001. pag. 609-615.
- 2- Calatayud J, Mas Vila T, Bernal J. Complicaciones de las Colostomías. Revista Española de Coloproctología. 1997, Año 4, Vol.4. pag. 10-15.
- 3- Kodner I. Estomas intestinales en Maingot- Operaciones abdominales 10 ªed.pag. 389-421. Editorial Panamericana. Bs. As.1999.
- 4- Bubrick M, Roistad B. "Intestinal Stomas" in Princi-

- ples and Practice of Surgery for the Colon, Rectus and Anus.pag.855-905. Año 1992.
- 5- Ruiz Healy F, Manzanilla M. La colostomía en cirugía de ano, recto y sigmoides.Revista Mexicana de Coloproctología.1º Semestre,1998, Año 4, Vol.4.pag.21.
  - 6- Burns F.Complications of Colostomy. Dis Colon Rectum,1970.13(6):448-450.
  - 7- Burch J et al. The injured Colon. Ann Surg1986.1203(6):701-711.
  - 8- Gliedman M. Colostomias Atlas de Técnicas Quirúrgicas. Edl Interamericana Mc. Graw-Hill 1993; 334-401.
  - 9- CohnI. Nance F. Colon y Recto. Tratado de patología quirúrgica X Ed. Interamericana 1974; 892-6.
  - 10- Orlando G et al. El paciente con lesión traumática colorectal. Tesis. UNMSM. Lima 2004.
  - 11- Daly J, Decosse J. Complicaciones en la Cirugía de Colon y Recto. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica1983; 6:1221-1225.
  - 12- Kretchmer Peter. The intestinal stoma Vol XXIV W.B. Saunders. Company Philadelphia, London, Toronto, Georg Thieme Publishers Stuttgart. 1975; 22-70.
  - 13- Raddatz., Ibañes L., Rahner A Castillo O. Colostomias temporales. Revisión de 102 casos Rev. Chilena de Cirugía. 1982; 34: 439-42.
  - 14- Pobeda T. A., Molina R E. Colostomias. Boletín Científico de Cirugía, 1998; 7: 21-4.
  - 15- Jensen B. Ch. Complicaciones de las colostomias. Boletín de Cirugía Hosp. Clínico de la U. De Chile 1998; 3: 10-2.