

COLITIS SEGMENTARIA FIBRINOPURULENTO EN OSTOMAS**Fibrinopurulent segmental colitis in ostomy**

*Juan Pablo Torrico Vilte

*Jose Alberto Torrico Camacho

**Maryliz Torrico Vilte

Recibido: 15-09-10; Aceptado: 19-10-10

RESUMEN

En la Caja Nacional de Salud de la ciudad de Cochabamba, se realizó un trabajo prospectivo y retrospectivo entre enero de 1999 a mayo del 2009, estudiando 185 casos operados de colon con colostomías de los cuales corresponden a Tipo Hartmann 112 casos (60,5%), cecostomías 35 casos (19%), Wangensteen 28 casos (15,1%) y Miles 10 casos (5,4%). En cuanto a la morbilidad por los procedimientos quirúrgicos encontramos: edema, dermatitis química, sangrados, absceso pericostómico, retracción de la boca, necrosis parcial y total, estenosis, desprendimiento parcial y total, eventración, hernias internas, prolapso, fistulas, perforaciones, evisceración y enfermedades psicológicas, que son complicaciones frecuentes de las colostomías.

En forma casual encontramos 3 casos (1,6%) de colitis segmentaria fibrino-purulenta en las transversostomías de Wangensteen y este tipo de complicación no encontramos en toda la bibliografía revisada. Dos casos fueron tratados con resección y anastomosis término terminal y un caso solo con resección de los bordes fibrosados y reconstrucción, creemos que este tipo de complicaciones, puede presentarse en las otras colostomías y cuya causa es una sobre infección por el mal manejo del ostoma. Por esta rareza consideramos que la colitis segmentaria fibrinopurulenta debe tomarse en cuenta dentro de la morbilidad de las colostomías. Finalmente tuvimos una mortalidad en tres casos (1,6%) por desprendimiento total de la ostomía de Hartmann por sepsis y por peritonitis estercorácea.

Palabras Claves.- Ostomías – colitis segmentaria fibrino-purulenta.

ABSTRACT

A prospective and retrospective research was carried out at the Caja Nacional de Salud at Cochabamba within January 1999 and May 2009. 185 cases of colon surgery were studied; 112 (60,5%) cases out of them corresponded to Hartmann, type 35 (19%) cases to colostomies, 28 (15,1%) cases to Wangensteen and 10 (5,4%) to Miles.

As far as to morbidity due to surgical procedures the following was found: edema, chemical dermatitis, bleedings, pericostemic abscess, mouth retraction, partial and total necrosis, stenosis, partial and total detachment, eversion, internal hernias, prolapsus, fistula, perforation, evisceration and psychological illnesses were frequent complications of colostomies.

Casually we found 3 (1,6%) cases of purulent fibrinous segmentary colitis in Wangensteen transversostomies. There is no reference to this kind of complications in any of the checked biography. We think it is possible to occur in any of the other colostomies. Its cause is an over infection due to a bad treatment of ostomy. Because of this singularity we consider that purulent fibrinous segmentary colitis should be taken into account in the classification of morbidity in colostomies. Finally, we had a morbidity in three cases (1,6%) due to total detachment of the Hartmann ostomy due to sepsis and estercoraceous peritonitis.

Key Words.- Ostomies – purulent fibrinous segmentary colitis.

*Hospital Obrero # 2 Caja Nacional de Salud

**Estudiante de Medicina

INTRODUCCIÓN

Los primeros estomas fueron descritos por Praxagoras de Cos (384 – 322 A.C). En tiempos de Aristóteles se inicio el tratamiento quirurgico de la obstrucción o trauma intestinal, en las cuales practicaban fístulas enterocutaneas mediante punción percutanea las que realizaban con hierro candente.

Alexis Littre en 1710 recomendó la práctica sistemática de la cecostomia inguinal transperitoneal en todos los pacientes con ano imperforado y fue el que introdujo el término de ano artificial.

Dubois en 1.783 realiza la primera sigmoidostomia en una imperforación anal sin éxito.

Duret en 1793 realiza la primera colostomia inguinal del lado izquierdo, para tratar un ano imperforado de un niño, el cual sobrevivió hasta los 45 años de edad.

Fine en 1797 realiza la primera colostomia transversa documentada, descomprimiendo exitosamente una obstrucción por cáncer rectal.

Von Mikulicz en 1828, propuso la cecostomia extraperitoneal como alternativa de derivación intestinal.

Jean Zulema Amussat en 1839, publicó la forma de exteriorizar y abrir el colon sigmoides en la región lumbar izquierda sin abordar la cavidad abdominal, evitando de esta manera la contaminación transperitoneal por un estoma inguinal y se basó en los estudios anatómicos de Callisen. Gussenbauer en 1879 y 1880, describe una técnica para la cirugía de cáncer de recto, construyendo una colostomia terminal con cierre del extremo superior del muñón rectal. Schitinenger en 1881 describe la creación de una colostomia terminal y un muñón distal suturado. Estas tecnicas fueron las precursoras del procedimiento de Henry Hartmann descrito en 1923.

Karel Maydl en 1884, describe la técnica de colostomia en asa sostenida por un tubo.

Allingham en 1887, realizó seis colostomias inguinales y concluyó que los resultados de estas cirugías eran superiores a las lumbares. Schohoffer en 1903 describe la colostomia en tres tiempos. Paúl Mikulics en 1903 propone la colostomia en doble barra con sección retardada del asa exteriorizada.

Ernest W. Miles en 1908 desarrolló los criterios de la resección abdominoperineal y también describió la técnica de la colostomia terminal y en asa junto con Witzel y

Madel.

David Howard Patey en 1912, se le atribuye la maduración inmediata del estoma. En ese mismo año Brooke y Turnbull fijan con puntos de sutura mucocutáneos la ileostomía evertida.

Devine en 1.938 publica la transversostomía con cabos seccionados y separados. Wangesteen en 1947 propone la transversostomia en asa sin sección, manteniéndola por dos varillas de vidrio fuera del abdomen y posteriormente aparecen muchas modificaciones sobre esta técnica.

Moisés Jacobs en 1990 realiza la primera resección colónica por vía laparoscópica realizando una hemicolectomía derecha y Joseph Uddo realizó la reconstrucción de la colostomía asistida por laparoscopia. (1, 2, 3, 4, 5, 14)

Las colostomías externas u ostomas, ano artificial o ano contra natura deriva del griego stomatos, que consiste en el abocamiento de un segmento del colon al exterior a través de la pared abdominal o por medio de una sonda al exterior, pueden ser espontáneos, traumáticos o quirúrgicos con fines terapéuticos y cuya función es derivar las heces y los gases en forma parcial o total y el segmento de colon exteriorizado determina el nombre del estoma. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)

Se clasifican por el tiempo en definitivas o permanentes y transitorios o temporales. Por su función descompresivas o laterales y derivativas o circunferenciales. (6, 7, 13)

Están indicadas las ostomías en la obstrucción intestinal complicada y no complicada, en procesos infecciosos inflamatorios, dehiscencia de suturas parciales o totales, trauma colo-proctológico, enfermedad de Fournier, fístulas complejas y en procesos neoplásicos benignos y malignos. (11, 12, 13, 15)

La técnica quirúrgica del estoma debe ser sencilla, expedita, tiempo de realización corta, elección adecuada del colostoma, no debe causar complicaciones inherentes al procedimiento, de funcionalidad precoz, manejo fácil y que permita una reconstrucción adecuada. (2, 3, 4, 11, 12)

Las complicaciones de las ostomías son: edema, sangrado, necrosis parcial o total, fístulas, perforación, retracción, evisceración, dermatitis química, abscesos peri-colostómicos, desprendimiento total o parcial, obstrucción, prolapso, eventración, estenosis, hernias internas, alergias y enfermedades psicológicas, (en este último caso se observó que muchos pacientes se han suicidado a consecuencia de ser portadores de estomas, por no contar con la ayuda o in-

formación para su rehabilitación. (6, 7, 8, 11, 12, 14)

En el tratamiento de las complicaciones de los ostomas se utilizan antiinflamatorios, antibióticos, dilataciones de la boca, ampliación quirúrgica de la boca del estoma, observación, laparotomía exploradora, aislamiento del estoma, drenaje de los abscesos, dieta, reostomia, reducción manual del prolapso, hemostasia, uso de antialérgicos y psicoterapia. (11, 12, 14, 15)

MATERIAL Y MÉTODOS

En la Caja Nacional de Salud (C.N.S.) de la ciudad de Cbba se realizó un estudio retrospectivo y prospectivo sobre las complicaciones de las colostomías y encontrándose en forma casual tres casos (1,6%) de colitis segmentaria fibrino purulenta de 185 colostomías realizadas por diferentes patologías colónicas en un lapso de 10 años y 4 meses entre enero de 1999 a mayo del 2009.

Se analiza el tema por su rareza desde un punto de vista conceptual, bibliográfico, la morbilidad, el manejo adecuado y además de la mortalidad.

RESULTADOS

Entre enero de 1999 a mayo del 2009 se analizaron 185 casos de colostomías, de los cuales 120 corresponden a hombres (65%) y 65 a mujeres (35 %), con una relación hombre mujer 2:1 siendo más frecuente entre la 6^o y 8^o década de la vida con extremos entre 25 y 85 años, se realizaron 139 (75 %) colostomías de urgencias y 46 casos (25 %) en forma electiva.

De un total 112 casos (60,5 %) se realizó colostomía terminal de Henri Hartmann en las siguientes patologías. Vólvulo de sigmoides complicado en 51 casos (27,5%), vólvulo de sigmoides no complicado 40 casos (22%), en dehiscencia de anastomosis 10 casos (5,4%), en fecaloma complicado 5 casos (2,7%), fecaloma no complicado 2 casos (1%), cáncer de recto avanzado 2 casos (1%), estenosis de boca anastomótica 1 caso (0,5%) y dolico-megacolon 1 caso (0,5 %).

De 35 casos (19 %) se indicó cecostomías en los siguientes tratamientos Hartmann II en 10 casos (5,4%), en cirugía de dolico-megacolon en 8 casos (4,3%), fecaloma no complicado 6 casos (3,2%), vólvulo de colon derecho en 5 casos (3%), fístula entero cutánea en 4 casos (2%), en cirugía de estenosis importante de boca anastomótica 2 casos (1%).

De 26 casos (14,2 %) la transversostomía de Fine y Wan-

gesteen se realizó en las siguientes patologías vólvulo de sigmoides no complicado en 11 casos (5,9%), en el dolico-megacolon gigante 8 casos (4,3%), dehiscencia parcial de la anastomosis 3 casos (2%), estenosis de boca anastomótica 2 casos (1%), fecaloma no complicado 1 caso (0,5 %) y Hirschsprung 1 caso (0,5%).

La cirugía de Ernest Miles se realizó en cáncer de recto no metastásico en 10 casos (5,4%).

En cuanto a la morbilidad de la sigmoidostomía de Hartmann de 112 casos (60,5%) hemos tenido edema en 100 casos, dermatitis química en 70 casos, sangrado en 63 casos, abscesos pericostomiales en 31 casos, retracción de boca 5 casos, necrosis parcial en 3 casos, necrosis total 1 caso (fig.1), estenosis en 4 casos, eventración en 4 casos (fig.3), hernia interna 3 casos, desprendimiento parcial en 3 casos (fig.4) y desprendimiento total en 1 caso, estos tres últimos fallecieron (2%).



Fig. 1 Necrosis total de ostoma



Fig. 2 Estenosis de ostoma



Fig. 3 Eventración de ostoma



Fig. 4 Desprendimiento parcial de ostoma.

La morbilidad de la transversostomía de Fine y Wangesteen de 28 casos (15,1%) se encuentran las siguientes complicaciones, dermatitis 28 casos, edema 28 casos, absceso pericostómico en 7 casos, prolapso total en 8 casos (fig.5), sangrado en 7 casos, desprendimiento parcial en 4 casos, estenosis en 4 casos, colitis segmentaria fibrino purulenta en 3 casos (Fig.6 y 7), retracción 2 casos y necrosis parcial 1 caso.



Fig. 5 Prolapso total de transversostomía.

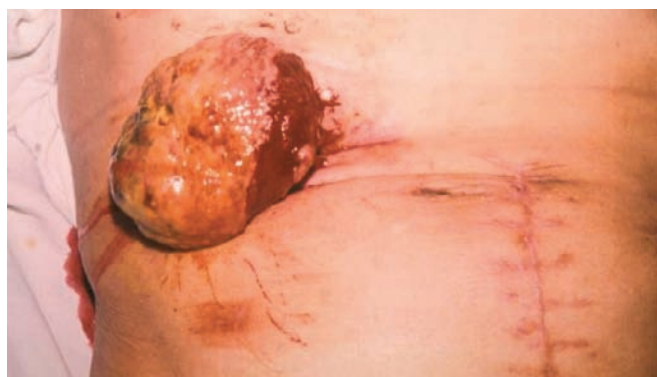


Fig. 6 Colitis segmentaria fibrino purulenta Wangesteen

Las complicaciones en la cecostomías de 35 casos (19%) fueron las siguientes. Salida del contenido alrededor de la sonda (peri-sonda) en 10 casos (fig.8), dermatitis química 5 casos y obstrucción de la sonda 2 casos.

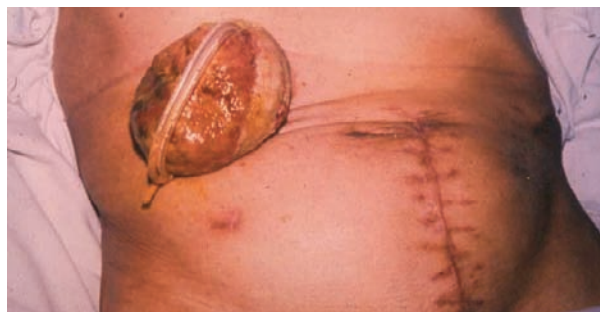


Fig. 7 Colitis segmentaria fibrino purulenta transversostomía



Fig.8 Salida del contenido alrededor de la sonda (peri-sonda)Cecostomía.

La morbilidad en la ostomía de Ernest Miles de 10 casos (5,4%) fueron las siguientes. Edema 10 casos, absceso pericostómico en 5 casos, estenosis 3 casos, necrosis parcial 2 casos y sangrado 2 casos.

El tratamiento de las complicaciones fue médico y quirúrgico. En el edema se uso antiinflamatorios, en la dermatitis química se aisló con goma de karaya, pintura de aluminio, plastificador de piso y tintura de benjuí, en los abscesos pericostómicos drenaje, cultivo, antibiograma, antibióticos y curaciones seriadas, en los sangrados hemostasia compresiva o sutura.

En las necrosis parciales de las colostomías se observó, estenosis parciales se amplió o se realizó la cirugía definitiva; en las hernias internas se realizó laparotomía exploradora más tratamiento de la hernia, en el desprendimiento total se realizo reostomía mas laporostomía contenida, en la eventración cirugía definitiva mas herniorrafia, y en el prolapso reducción manual y cirugía definitiva. En la colitis segmentaria fibrino purulenta en dos casos se realizo resección del segmento afectado por es-

tenosis importante más anastomosis termino terminal y en un caso se realizó resección del borde fibrosado y reconstrucción.

Además queremos mencionar que se preparó colon en todos los pacientes que se ha realizado la cirugía definitiva En cuanto a la mortalidad, 3 pacientes (1,6%) masculinos de 75, 80 y 85 años de edad fallecieron por sepsis, peritonitis estercorosa debido al desprendimiento total del estoma de Hartmann.

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

Queremos mencionar al igual que todos los autores y en forma general que las diferentes colostomías son salvadoras, cuando están bien indicadas y es muy importante en el manejo de los vólvulos complicados, traumatismos coloproctológicos, enfermedades inflamatorias, infecciosas, neoplasias benignas, malignas y otras patologías del colon. Y en forma específica el estoma debe cumplir los siguientes requisitos: 1.- La elección del tipo de ostoma, debe adecuarse de acuerdo a la patología del colon. 2.- Las colostomías son procedimientos quirúrgicos, aplicables, reproducibles, seguros y de baja morbi-mortalidad. 3.- Los cuidados en el manejo del ano contra-natura, deben ser estrictas para evitar complicaciones como la colitis segmentaria fibrinopurulenta que se menciona. 4.- Sugerimos en las colostomías terminales realizar la técnica tipo Brooke (colostomia evertida), se fija con puntos de sutura mucocutáneos y su ventaja es prevenir la dermatitis química y los abscesos 5.- Las complicaciones de las colostomías deben tratarse médica y quirúrgicamente. 6.- Una vez que ha cumplido la función el ostoma, la reconstrucción debe realizarse tempranamente, nosotros reconstruimos entre los dos y tres meses, previa preparación del colon en todos los pacientes, para evitar otras complicaciones como las múltiples adherencias y pérdida del muñón distal (que se fibrosa y se adhiere a las estructuras vecinas) y las obstrucciones. Dentro la morbilidad, aparte de las complicaciones comunes queremos mencionar la colitis segmentaria fibrino purulenta que fue un hallazgo casual en tres casos (1,6%) en las transversostomías de Wangsteen. En toda la bibliografía revisada no está mencionada esta complicación como tal, pero si el resto de las otras complicaciones.

La colitis segmentaria fibrino purulenta, no solo se pre-

senta en la transversostomía, puede también presentarse en las otras colostomías y cuya causa es una sobre-infección por el mal manejo de los ostomas.

Por la rareza de esta complicación nosotros consideramos que debe tomarse en cuenta la colitis segmentaria fibrino purulenta dentro de la morbilidad de las colostomías.

Finalmente se tuvo una mortalidad en 3 casos (1,6%) por sepsis, por desprendimiento total del estoma de Hartmann por peritonitis estercorosa y en este tipo de complicaciones nosotros al igual que otros autores recomendamos la reostomía inmediata mas laparostomía contenida y varios lavados peritoneales, hasta eliminar la infección y de esta manera reducir la morbimortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre M., Kay L. Colostomias Ed. Del Pacífico. Santiago de Chile L 955; 9-110.
2. Csendes A., Dbandi A., Sepúlveda. Colostomias Pautas de Diagnósticos y tratamiento de patología gastro-intestinal y vascular periférico. Ed. Andrés Bello. Santiago de Chile, 1981; 181-4.
3. Gliedman M. Colostomias Atlas de Técnicas Quirúrgicas. Edl Interamericana Mc. Graw-Hill 1993; 334-401.
4. CohnI. Nance F. Colon y Recto. Tratado de patología quirúrgica X Ed. Interamericana 1974; 892-6.
5. Kretchmer Peter. The intestinal stoma Vol XXIV W.B. Saunders. Company Philadelphia, London, Toronto, Georg Thieme Publishers Stuttgart. 1975; 22-70.
6. Azolas C., Jensen ´C., JaureguiC., Vergara J., Perés G. Fístulas estercorosas clasificación y manejo. Re. Chilena de Cirugía; 44 428-32.
7. Raddatz., Ibañes L., Rahner A Castillo O. Colostomias temporales. Revisión de 102 casos Rev. Chilena de Cirugía. 1982; 34: 439-42.
8. Pobeda T. A., Molina R E. Colostomias. Boletín Científico de Cirugía, 1998; 7: 21-4.
9. Azolas C Jensen C. Cirugía del Colon. I ed. Sociedad de cirujanos de Chile → Sociedad Chilena de coloproctología. Santiago. 1994: 287-94.
10. Luís Charaua Guindic, Google, <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg062j.pdf>. (21/07/09).
11. Mario G. Castejon, Google, <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1975/pdf/Vol43-2-1975-4.pdf>. (20/06/09).
12. Manual de Patología Quirúrgica Pontificia Universidad Católica de Chile Escuela de Medicina, Google, http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/PatolQuir_023.htm. (21/07/09).
13. AlbertoTorriceCamacho, Google, http://www.bago.com.bo/socbolcir/publicacion/vol3_n1/clasif_colostom.html. (21/07/09).
14. Pedro Armendariz Rubio, Velasco Mario de Miguel, Héctor Ortiz Hurtado, Google, <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2257311>. (21/07/09).
15. Clemente Antonio, Barbato Vicente P, Alfaro Luís, Ruiz José Miguel, Bireme, <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=39578&indexSearch=ID>. (21/07/09)