



## **RECONSTITUCIÓN DEL TRÁNSITO EN EL PACIENTE OSTOMIZADO.**

### **Dr. Felipe Illanes F.**

La ostomía es el abocamiento quirúrgico de algún segmento intestinal con un objetivo terapéutico. Se pueden clasificar de acuerdo al segmento abocado.

En este documento se analizará la restitución de tránsito post ileostomía en asa, ileostomía terminal con fístula mucosa, cecostomía amplia, colostomía transversa o sigmoidea en asa y la colostomía terminal tipo Hartmann.

### **Reconstitución del tránsito post operación de Hartmann**

La operación tipo Hartmann mantiene sus indicaciones, cuando las condiciones locales o generales del paciente hacen desaconsejable la anastomosis primaria tras la resección de un segmento de colon, habitualmente como consecuencia de una diverticulitis perforada, un vólvulo de sigmoides con asa necrótica, por un trauma colorrectal o un tumor de colon izquierdo obstructivo o perforado.

La oportunidad de la reconstitución se considera caso a caso, una vez que se ha resuelto la condición primaria y se han normalizado las condiciones generales del paciente. Esto ocurre, en general, no antes de los 3 meses, por la persistencia de adherencias e inflamación de la cirugía original.

Es una cirugía mayor de complejidad variable, se asocia a una morbilidad promedio de 37% (15-57%), una mortalidad del 2% (0-6%), un tiempo Quirúrgico 150 minutos (90-360m) y una dehiscencia de Anastomosis 6% (3-16%)

### **Estudio preoperatorio específico**

- Se debe contar con el protocolo operatorio y la biopsia de cirugía previa.
- Estudio endoscópico flexible del colon proximal, para descartar otras lesiones y rectoscopia rígida del muñón rectal, que permite además de evaluar lesiones la medición de la longitud.
- En caso de un muñón corto o difícil de evaluar enema contrastado.
- Estudio básico según la patología que motivó la cirugía primaria.  
TAC AP y CEA en cáncer.
- Indicar preparación de colon anterógrada y del muñón rectal si se constata mucosidad sólida con enemas.

El abordaje abierto o laparoscópico se decide caso a caso, considerando las ventajas conocidas de la vía laparoscópica. No siempre es factible por el grado de adherencias y con niveles elevados de conversión.



### **Técnica cirugía abierta:**

- Posición de Lloyd Davis , AB profilaxis según Norma, Sonda Foley
- Incisión peristómica, a 5 mm de la unión muco-cutánea,
- Cierre del borde muco-cutáneo con una sutura continua hermética
- Irrigación frecuente de la contrabertura con solución fisiológica,
- Liberación de la colostomía hasta cavidad peritoneal,
- Laparotomía media Infra umbilical. En caso de una colostomía baja, presencia de colon redundante o un muñón largo, se realiza una prolongación arciforme de la contrabertura de la colostomía , en dirección inferomedial.
- Liberación de adherencias e identificación del muñón rectal. Puede ser útil el uso del rectoscopio rígido para su localización.
- En caso de remanente sigmoideo distal por enfermedad diverticular complicada este debe ser resecado.
- Reconocer claramente límite de recto con vagina o vejiga.
- Inserción transanal de stappler, extracción del punzón en vértice o cara anterior, colo-recto anastomosis grapada.
- Comprobación de arandelas.
- Rectoscopia para evidenciar sangrado de la línea de sutura, medición de altura de anastomosis y prueba de hermeticidad.
- Si se identifica filtración suturar si es posible o decidir derivación de protección.
- Drenaje pelviano (optativo).

### **Técnica quirúrgica por vía laparoscópica:**

- Preparación y posición ídem a cirugía abierta
- Incisión y liberación de la misma forma que cirugía abierta, preparación del cabo proximal con jareta y colocación del cabezal de la sutura mecánica circular seleccionada.
- Se abandona cabo con yunque in situ, en cavidad peritoneal.
- Si es posible liberar adherencias para puerto umbilical que se introduce bajo control directo.
- Cierre parcial del defecto, posicionando trocar 10mm.
- Neumoperitoneo, inserción de trocres restantes en flanco y fosa iliaca derecha.
- Liberación de adherencias e identificación de muñón rectal por vía laparoscópica.
- Colorecto anastomosis grapada y comprobación de anastomosis con rectoscopio de la misma forma.
- Si se identifica filtración suturar si es posible o decidir derivación de protección.



## **Cierre de ileostomía**

La ileostomía corresponde al abocamiento quirúrgico del íleon distal con el objetivo de derivar el tránsito digestivo. Se clasifican en terminales o en asa de acuerdo a la interrupción total o parcial de la continuidad del intestino.

La IA se considera una opción segura de derivación fecal con el objeto de proteger una anastomosis colorrectal baja o un reservorio ileal, evitando las complicaciones sépticas derivadas de la dehiscencia anastomótica.

### **Cierre de ileostomía en asa:**

#### **Estudio pre operatorio específico:**

- Estudio según la causa que motiva la ileostomía.
- Endoscopia de la anastomosis con evaluación de estenosis en anastomosis colo rectales bajas protegidas.
- En reservorios ileales, reservorioscopia o estudio radiológico del reservorio.

#### **Técnica quirúrgica:**

- No se utilizará preparación de colon anterograda.
- Liberación completa del estoma de la pared abdominal, habitualmente sin la necesidad de una laparotomía adicional, con aseo profuso de la herida con solución fisiológica.
- Despliegue del segmento evertido del intestino.
- Resección del reborde muco-cutáneo.

#### **Alternativas:**

- **Manual:**

Enterorrafia de la cara anti-mesentérica con material reabsorbible vicryl 3.0 en uno o dos planos.

Si la diferencia de calibre por desfuncionalización del cabo distal dificulta la enterorrafia, es necesaria la plastía de este previo a la sutura o bien la resección y anastomosis.

- **Mecánica:**

- Introducción sutura mecánica lineal cortante de 75 mm o de 80 mm a través del estoma que corta y crea una anastomosis latero-lateral,
- Cierre del extremo de ambos cabos con una segunda recarga de las mismas dimensiones, reforzándola con puntos seromusculares continuo o separados del



mismo material [si se utiliza sutura con 3 líneas de corchetes no se realiza refuerzo).

- Se reduce el asa de íleon a la cavidad abdominal y el defecto aponeurótico se repara con puntos discontinuos de vicryl 0.
- La piel se sutura en forma primaria con un mono filamento 3-0.
- Recientemente se ha introducido el cierre con garetas o bolsa de tabaco, que ha demostrado menos infección y buena estética. Int J Colorectal Dis. 2014 Jun;29(6)

Las ventajas del cierre mecánico incluyen menos obstrucción intestinal precoz y alejadas, menor tiempo operatorio y menos estadía hospitalaria. No se demuestra diferencia en deshiscencia, infección de HO, costos [review con mas de 5000 ptes Colorectal Dis. 2013;15(10)]. Además de estandarizar la técnica, facilitando su aprendizaje.

### **Cierre de colostomía en asa o cecostomía amplia:**

#### **Estudio pre-operatorio específico:**

- Endoscopia del muñón rectal
- Enema baritado o colonoscopia proximal y distal según patología primaria. En caso de trauma rectal estudios opcionales.
- La cecostomía amplia puede ser usada como derivación para protección de anastomosis tras resección anterior. Por lo que la oportunidad del cierre y el estudio preoperatorio incluye lo necesario para cada caso-

#### **Técnica quirúrgica:**

- Manual
- Liberación periostómica, con incisión con borde cutáneo
- Cierre hermético con sutura continua
- Aseo profuso de la herida con solución fisiológica
- Colorrafia manual con material absorbible en uno o dos planos

#### **Bibliografía**

Cirugía colorrectal, operaciones abdominales Wexner, Freshman Editorial Amolca 2013.

Bannura G, et al: Rev Chil Cir 1999; 5: 359-66.

Barrera Rev. Chil de Cir. Vol 55 - Nº 6, Diciembre 2003; págs. 573-579