

TECNICA QUIRURGICA

Colostomías en el niño

Dres. Orestes Sbárbaro y Juan L. Benedictti.

El trabajo tiene como fin estudiar función, indicaciones y complicaciones de la colostomía en el niño.

1. Las funciones de la colostomía son: a) de desgravitación (en las oclusiones); b) de desintoxicación (al eliminar la retención intracolónica en el megacolon tóxico); c) de destransitación (lo que permite la resolución de procesos inflamatorios —protege sutura subyacente— evita la contaminación urinaria en las fistulas digestivo-urinaria); d) la de dar tiempo (a fin de permitir el desarrollo de las estructuras anatómicas - mejorar el estado general del paciente, además de permitir completar el estudio del mismo); e) de derivación definitiva; f) la de permitir la limpieza y preparación del cabo distal (previo al procedimiento definitivo).

2. La colostomía está indicada: a) en la atresia ano-rectal; b) en la enfermedad de Hirschsprung; c) en la atresia y estenosis de colon; d) en la colitis ulcerosa; e) en la peritonitis meconial; f) en la enterocolitis necrotizante; g) en procesos inflamatorios pelviano o perineal; h) en lesiones traumáticas del sector distal del tubo digestivo.

3. Las complicaciones son frecuentes y se deben: a) imposibilidad o falta de cooperación del paciente; b) excesivo tironeamiento intraabdominal; c) falta de cuidados de enfermería; d) y fundamentalmente a falla técnica en su confección.

Las complicaciones pueden ser inmediatas y alejadas. Se realiza la enumeración de las mismas.

Los autores llegan a las siguientes conclusiones:

A. Teniendo en cuenta las complicaciones que puede tener la colostomía, ésta debe circunscribirse a casos precisos y elegidos.

Clinica Quirúrgica Infantil (Director Prof. Walter Taibo). Hospital Pereira Rossell. Fac. de Medicina, Montevideo.

B. La colostomía debe ser confeccionada mediante una técnica meticulosa, precisa y cuidadosa (la colostomía debe ser hecha a medida), en lo posible en un paciente correctamente preparado, debiéndose conocer además algunas particularidades propias del niño que pueden influir en el funcionamiento y manejo correcto de la misma.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Colostomy.

SUMMARY: Infantile colostomy.

This work discusses the function, indications and complications of the colostomy in children.

1. The functions of colostomy are: a) desgravitation (in occlusions); b) de-intoxication (by elimination of intracolic retention in the toxic megacolon); de-transitation (permitting the resolution of inflammatory processes, protection of underlying suture, preventing urinary contamination in digestive-urinary fistulas); d) extended time (in order to facilitate the development of anatomic structures, improving the patient's general condition, apart from allowing more time to complete the examination of same); e) definitive derivation; g) opportunity to clean and prepare the distal extreme (prior to the definitive procedure).

2. Colostomy is indicated: a) in ano-rectal atresia; b) in Hirschsprung disease; c) in colon atresia and stenosis; d) in ulcerative colitis; e) in meconial peritonitis; f) in necrotizing enterocolitis; g) in pelvic or perineal inflammatory processes; h) in traumatic lesions of the distal sector of the digestive tube.

3. Complications are frequent and caused by: a) incapacity or lack of cooperation on the part of the pa-

tient; b) excessive intraabdominal pulling; c) lack of nursing care; d) and basically, surgical technical error.

Complications may be immediate and distant. Enumeration of same is provided.

Final considerations reached by authors are:

A. Account taken of complications colostomy may cause, same must be circumscribed to cases to be precise and designated.

B. The colostomy must be formed by precise technique, exact and careful (it must be made to measure), as far as possible, on a patient correctly prepared, being also necessary to know some particularities of the child that may have an influence in a correct operation and handling of it.

RÉSUMÉ: Colostomies chez l'enfant.

Le travail a pour but l'étude de la fonction, des indications et des complications de la colostomie chez l'enfant.

1. Les fonctions de la colostomie sont: a) dégravitation (dans les occlusions); b) détoxification (en éliminant la rétention intracolonne du mégacolon toxique); c) détransitation (ce que permet de résoudre les procès inflammatoires, protège la suture sousjacente, évite la contamination urinaire dans les fistules digestivo-urinaires); d) donner un délai (afin de permettre le développement de structures anatomiques, améliorer l'état général du malade, en plus de permettre de compléter son étude); e) dérivation définitive; g) permettre le nettoyage et préparation du bout distal (préalablement au procédé définitif).

2. La colostomie est indiquée dans les cas suivants: a) atrésie ano-rectale; b) maladie de Hirschsprung; c) atrésie et sténose du colon; d) colite ulcéreuse; e) péritonite méconiale) entérocolite nécrotisante; g) procès inflammatoire pelvien du périnéal; h) lésions traumatiques du secteur distal du tube digestif.

3. Les complications sont fréquentes et dues a: a) impossibilité ou manque de coopération du malade; b) excessif tiraillement intra-abdominale; c) absence de soins d'infirmier; d) et, fondamentalement, à une faille technique dans sa confection.

Les complications peuvent être immédiates ou éloignées. On en fait une énumération.

Les considérations finales des auteurs sont les suivantes:

A) Tenant compte des complications de la colostomie, celle-ci doit se circonscrire à des cas précis et bien sélectionnés.

B) La colostomie doit être confectionnée à travers une technique méticuleuse, précise et soignée (elle doit être faite sur mesure) si possible dans un malade correctement préparé, sachant qu'on doit connaître en plus certaines particularités propres de l'enfant qui peuvent avoir une influence sur le correct fonctionnement et conduction de la colostomie.

INDICACIONES DE LA COLOSTOMIA

Antes de pasar al estudio sobre indicaciones de la colostomía, vamos a enumerar las funciones que la misma puede cumplir,

que son: De desgravitación, en los cuadros oclusivos. De desintoxicación, por eliminación de la retención intracolónica en el caso de megacolon tóxico. De destransitación del sector digestivo distal con el fin de: a) permitir la resolución de procesos inflamatorios. b) proteger una sutura subyacente. c) favorecer la cicatrización de lesiones distales. d) evitar la contaminación urinaria cuando hay fístula rectourinaria.

Dar tiempo al cirujano a fin de: favorecer el desarrollo de estructuras anatómicas (malformaciones anorrectales y/o enfermedad de Hirschsprung); mejorar las condiciones locales (abdominales) y generales del paciente; permitir un completo estudio clínico y confirmación diagnóstica del paciente; permitir la extracción de fecalomas, limpieza y preparación del cabo distal (en la enfermedad de Hirschsprung). Por último, función de derivación definitiva del tránsito intestinal.

La colostomía puede ser:

A) De necesidad, en:

1. Cuadros oclusivos neonatales (atresias anorrectales-atresia o estenosis cólica-enfermedad de Hirschsprung). 2. Enterocolitis grave (megacolon tóxico). 3. Procesos pelvianos o perineales, supurados, fistulosos, sobre todo digestivo-urinario, rectitis actínica. 4. En traumatismos perineales o rectoanales graves, donde no es posible realizar sutura primaria. 5. Ante falla de sutura en cirugía colónica o rectoanal. 6. En perforaciones cólicas, donde por causas locales o generales se difiere la sutura.

B) Como parte del tratamiento definitivo en varias etapas, en:

1. Atresias anorrectales. 2. Enfermedad de Hirschsprung.

C) Para protección de una sutura subyacente, a fin de prevenir la distensión posterior.

D) Como medida de derivación definitiva del tránsito intestinal en los casos de cirugía de resección por tumores rectales o pelvianos.

E) Como último recurso en la incontinencia anal, cuando se han agotado las medidas dietéticas, la posibilidad de provocación de un reflejo condicionado, unido al apoyo psicológico, y han fallado la realización de técnicas operatorias ya de por sí difíciles y de resultados inciertos.

COLOSTOMIA EN LAS ATRESIAS ANORRECTALES.

En las atresias que se hallan a nivel o por encima del haz puborrectal del elevador del ano, la mayoría de los autores están de acuerdo en la realización de colostomía temporaria como medida terapéutica de urgencia. Se basan en el hecho, de que el trata-

miento definitivo de entrada es una técnica quirúrgica peligrosa debido a que el periné no se ha desarrollado adecuadamente: ramas isquiopúbicas que suelen contactar entre sí, ausencia de elementos esfinterianos internos, con elementos esfinterianos externos ausentes o mal constituidos; no suele haber foseta anal.

Se corre el riesgo de lesionar la uretra y fundamentalmente el haz puborrectal del elevador del ano, que constituye el elemento fundamental para la futura continencia. Dicho haz es difícil de individualizar quirúrgicamente en el recién nacido, de allí que se difiera el tratamiento definitivo, dando tiempo para un mejor desarrollo del mismo. Cuando se opta por la colostomía y en presencia de fístula urinaria, es necesario realizar adecuada limpieza y antisepsia del cabo distal, a fin de evitar la contaminación urinaria.

Soave ideó un procedimiento que evita las posibles lesiones de haz puborrectal. Los resultados han sido excelentes y tienen a favor de que soluciona el problema de entrada, elimina la contaminación urinaria y las posibles complicaciones inherentes a la colostomía.

COLOSTOMIA EN LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG. En esta enfermedad, la colostomía puede tener dos aplicaciones: a) ya sea como etapa previa al tratamiento definitivo; b) cuando es realizada de urgencia frente a la instalación de complicaciones.

Recordar que hay autores como Soave que no la hacen pues realizan la corrección quirúrgica definitiva de entrada.

La colostomía se utiliza más frecuentemente en el Hirschsprung del recién nacido y lactante, siendo excepcional que se haga en el Hirschsprung de la infancia. Varios son los factores que intervienen para que sea realizada en dichas edades menores: mayor gravedad, posibilidad de lesiones anatómicas más extensas, ineficacia del tratamiento médico (nursing). La colostomía como parte del tratamiento, la utilizan aquellos autores que siguiendo a Swenson y Duhamel, difieren el tratamiento definitivo a un peso (14-15 kilos) y estado general adecuado. La colostomía es útil además para realizar estudios anatomopatológicos, citoquímicos y funcionales que nos permitirán asegurar que en la intervención definitiva, este segmento puede ser descendido garantizándose su correcta anatomía y funcionalidad.

La colostomía de urgencia está indicada en las tres complicaciones de la enfermedad de Hirschsprung en el recién nacido y lactante: oclusión, enterocolitis y peritonitis.

En la oclusión está indicada ante falla del tratamiento médico (nursing) o cuando debu-

ta como oclusión intestinal grave desde el inicio. Swenson y Duhamel o aquellos que utilizan técnicas abdominales puras, prefieren realizarla lo más distalmente posible. Otros la realizan en el colon transversal para no interferir en el posterior descenso, quedando además como procedimiento de seguridad a cerrarse en una tercera etapa.

En el megacolon tóxico, puede ser salvadora al provocar descompresión y desintoxicación por eliminación de la retención intracolónica. En la enterocolitis, paradójicamente la colostomía puede resolverla, debido a que la misma no es de causa infecciosa sino a la estasis con reabsorción de productos tóxicos a través de un colon alterado. Evitando dicha estasis, la colostomía puede resolver el problema. En la peritonitis, la colostomía puede ser un procedimiento salvador, ya sea en las perforaciones iatrogénicas o en la perforación diastásica de un sector excepcionalmente distendido. En la infancia, puede estar justificada la colostomía en caso de oclusión o ante la presencia de enormes fecalomas para evacuarlo y realizar correcta limpieza del cabo distal.

COLOSTOMIA EN LAS ATRESIAS Y ESTENOSIS DEL COLON. Son poco frecuentes. El procedimiento ideal, es la resección del segmento atrésico o estenosado, con inclusión del colon dilatado proximal y restablecimiento del tránsito mediante anastomosis término-terminal primaria.

No obstante, autores como Pellerin y Holder están de acuerdo que el recién nacido, es suficiente y beneficiosa la colostomía temporaria, además de la resección del segmento distal dilatado.

El restablecimiento del tránsito, aconsejan realizarlo próximo al año de edad.

COLOSTOMIA EN LA COLITIS ULCEROSA. En nuestro medio es poco frecuente.

Con el tratamiento médico se tratan y solucionan aproximadamente los 2/3 de los casos, necesitando el resto de los pacientes, tratamiento quirúrgico. Las intervenciones de emergencia se realizan en: enfermedad de rápida evolución, megacolon tóxico (2-10%), perforación (3%), hemorragia masiva (3%).

La intervención más frecuentemente es la ileostomía más colectomía subtotal o total.

En el megacolon tóxico y perforación Turnbull y col. idearon la operación "blow hole" que consiste en ileostomía combinada con colostomía transversal y sigmoidostomía. Después que cede el proceso agudo, la colectomía puede realizarse.

COLOSTOMIA EN LAS PERITONITIS MECO- NIALES. Son poco frecuentes (1 caso cada 35.000 nacidos vivos).

Las causas más frecuentes son: íleo meconial, atresia intestinal, vólvulos, bridas congénitas, hernias internas, invaginación, divertículo de Meckel, tapón de meconio, duplicaciones intestinales.

El tratamiento consiste en resección de la zona perforada, restableciéndose el tránsito mediante anastomosis término-terminal.

En presencia de peritonitis importante, mal estado general del niño, o cuando hay dispa- ridad de los cabos con inconveniente para la anastomosis, se recomienda según la altura, la ileostomía y/o colostomía, dejando para una segunda intervención el restablecimiento de la continuidad intestinal.

COLOSTOMIA EN LA ENTEROCOLITIS NECRO- TIZANTE. Las lesiones pueden hallarse en el íleon sobre todo en el sector terminal, en el yeyuno y en el colon. Cuando se diagnostica y trata precozmente con tratamiento médico la mayoría de los pacientes mejoran y sólo está indicada la intervención quirúrgica cuando: no hay respuesta al tratamiento médico o agravación durante el mismo, indu- ración, edema o celulitis de pared abdominal, masa palpable abdominal, persistencia de asa dilatada, compromiso peritoneal. El tratamiento preconizado, es la resección del intestino no viable o perforado, ileostomía y/o colostomía que pueden ser múltiples, más toilette peritoneal, desgravitación gástrica y la adecuada reposición hidro- electrolítica, calórica y proteica.

COLOSTOMIA EN PROCESOS INFLAMATORIOS PELVIANOS O PERINEALES. Los procesos inflamatorios primitivos son raros en cirugía pediátrica. Habitualmente son secundarios a tratamientos quirúrgicos y se deben funda- mentalmente a falla de sutura.

En esos casos la colostomía actúa: produ- ciendo la destransitación del segmento dis- tal, elimina la contaminación fecal, permite la instilación de antisépticos por el cabo distal. Una vez combatido el proceso inflamatorio, será necesario una nueva intervención para lograr un nuevo descenso si es necesario y en una tercera etapa, realizar el cierre de la colostomía.

COLOSTOMIA EN LAS LESIONES TRAUMATI- CAS DEL SECTOR DISTAL DEL TUBO DIGESTI- VO. La colostomía tiene su aplicación en las lesiones intraperitoneales cuando las mis- mas son complejas, evolucionadas o aso- ciadas a otras lesiones viscerales. Van acompañada del cierre del cabo distal. En

las lesiones del recto subperitoneal está indi- cada: en los casos en los cuales se duda en cuanto a la seguridad de la sutura prima- ria. Algunos autores la preconizan sistemá- ticamente, cuando se decide no tratar la le- sión. Pues la corrección de la misma le- sionaría importantes estructuras anatómi- cas.

Por último, recordar que en toda lesión que involucra el esfínter, tanto la reparación sea inmediata o se difiera, es imperativa la colostomía.

COMPLICACIONES DE LA COLOSTOMIA. Son muy frecuentes y tiene como causa: 1) la imposibilidad de cooperación del paciente, cuando se realiza en el recién nacido, lactan- te y niño pequeño. 2) tironeamiento sobre la misma por la presión intraabdominal (relati- vamente superior en el recién nacido) que se acentúa con el llanto o esfuerzos. 3) por falta de cuidados adecuados de enfermería. 4) y fundamentalmente, por fallas técnicas en su realización.

Las clasificamos en inmediatas y alejadas:

Son inmediatas, la peritonitis, obstrucción, evisceración, desprendimiento, necrosis, hemorragia, infecciones.

Son alejadas:

Necrosis. Puede deberse a insuficiente vascularización del segmento exteriorizado; a excesiva tensión de los pedículos vascula- res o por la compresión de los mismos por el colon, a nivel del orificio de colostomía.

Cuando la necrosis es solamente de la mu- cosa o se circunscribe al sector del intestino exteriorizado, la conducta es expectante, esperando que se desprenda espontánea- mente con un eventual desarrollo posterior de estenosis.

Si la necrosis se extiende más profundo (a través de la pared o en el sector intraabdo- minal) se debe realizar la resección del colon comprometido con el establecimiento de una nueva colostomía.

Retracción. Puede ser secundaria a la necrosis; por estar el estoma a tensión por insuficiente movilización del asa exterioriza- da o por la producción de hematomas con la consiguiente fibrosis.

La retracción es más frecuente en las co- lostomías que se exteriorizan con clamp y la forma de evitarla, es practicando la sutura (mucocutánea) primaria.

El estoma retraído, puede funcionar y aun- que en algunas circunstancias puede tratar- se mediante sección de la estructura, lo pre- ferible es reconstruir la colostomía previa movilización y alargamiento del colon.

Prolapso. Inusual para algunos (Weich), de frecuencia creciente para otros (Miller), se

debe fundamentalmente a errores técnicos. El prolapso es predominantemente del asa distal destransitada, en la colostomía en doble caño. Es tolerado, si el prolapso es pequeño y cuando la colostomía es temporal. Cuando es prolapso no es posible reducirlo, se requiere reconstrucción de la colostomía a cabos separados. La resección puede estar indicada cuando existe necrosis limitada.

Puede favorecer el prolapso: la exageración del peristaltismo, distensión abdominal, hipotonía muscular y aponeurótica.

Dermatitis digestiva. Es la complicación más común y al mismo tiempo la menos peligrosa de la colostomía.

Deben hacerse todos los esfuerzos para conservar limpia y seca la piel abdominal circundante, mediante cuidadosa protección con cremas o sustancias grasosas o la utilización de bolsas colostómicas (inaplicables en el recién nacido). La dermatitis se observa fundamentalmente a nivel del asa proximal.

Eventración. Del tamaño variable. Es favorecida cuando se realiza sutura inadecuada del colon al peritoneo o cuando la colostomía se exterioriza por una de las comisuras de la incisión primaria. Puede ser necesaria su reparación cuando dificulte la función de la colostomía o imposibilita el uso de la bolsa colostómica.

Es necesario recordar que habitualmente estas intervenciones de reparación van seguidas frecuentemente de fracasos.

Oclusión intestinal. Puede ser provocada por la estrangulación herniaria; vólvulo o por bridas colostómicas. Las dos primeras se deben a fallas o defecto de reconstrucción parietal o a nivel del mesocolon.

El tratamiento es la liberación del asa comprometida y reconstrucción de la colostomía.

Hemorragia. Puede tener origen local, en la mucosa traumatizada por vendas, gasas, irrigaciones o catéteres. El sangrado habitualmente cede espontáneamente o con tratamiento local (compresión-hemostáticos locales o ligadura del vaso sangrante).

Recordar que la hemorragia puede tener origen en un sector suprayacente, siendo en esos casos necesario completar el estudio del paciente.

Infección. Ocurre cuando no se ha realizado la sutura primaria cutáneomucosa o la misma fue realizada incorrectamente. Habitualmente curan con tratamiento local previa separación del colon de la piel.

Es poco frecuente la formación de abscesos pericostómicos o trayectos fistulosos.

Perforación. El realizar irrigaciones por los cabos o maniobras (tacto) en forma intempestiva.

Lleva a la peritonitis, por lo cual es necesario la reintervención, cuya finalidad es la de realizar una colostomía derivativa más alta, toilette peritoneal con o sin drenaje, dejando la colostomía primaria desfuncionalizada.

Evisceración. Intervienen en su producción los mismos factores que vimos para la eventración.

En este caso, se requiere intervención de urgencia con reconstrucción de la colostomía.

Malposición. Se debe a técnica incorrecta, quedando los cabos rotados o invertidos, dificultando el correcto funcionamiento.

Puede ser necesario realizar la reconstrucción de la colostomía.

Umbilicación. Causada por inadecuada movilización del colon: por insuficiente longitud del colon por fuera de la piel o por necrosis del asa.

Puede ser necesaria la reconstrucción de la colostomía si se agrega estenosis.

Desprendimiento. Se debe fundamentalmente a fallas técnicas. Es necesario la reconstrucción de la misma.

Trastornos hidroelectrolíticos. Son más frecuentes en las colostomías derechas, y de acuerdo a Fékété, desde el punto de vista del trastorno hidroelectrolítico que provoca, la colostomía transversa derecha debe considerarse igual a una ileostomía.

En casos graves, es necesario realizar la correspondiente reposición hidroelectrolítica.

También la colostomía puede provocar retardo ponderoestatural por déficit nutritivo-metabólicos.

CONCLUSIONES

1. La colostomía debe ser siempre realizada con una técnica meticulosa, precisa y cuidadosa, apta para un cierre correcto, en un paciente correctamente preparado, debiendo funcionar bien desde el comienzo.

2. Por su ubicación no debe interferir en ulteriores operaciones y debe ser de fácil manejo.

3. No obstante, teniendo en cuenta las frecuentes complicaciones que puede presentar, más los disturbios hidroelectrolíticos por reabsorción defectuosa y la probable repercusión sobre el desarrollo ponderoestatural, consideramos, que la colostomía en el recién nacido y lactante debe circunscribirse a determinados casos, precisos y elegidos.

4. En la enfermedad de Hirschsprung,

mejora el pronóstico inmediato, pero al mismo tiempo agrava sin lugar a duda la morbilidad de la intervención definitiva.

5. En las atresias anorrectales, la colostomía ha mejorado el pronóstico funcional, debido a que los descensos primarios, realizados con mala técnica, en su mayor parte, producen lesiones perineales irreversibles.

6. También puede ser un procedimiento de salvataje especialmente indicado en oclusiones-enterocolitis-peritonitis o para proteger suturas en caso de duda ante la probable dehiscencia de la misma.

7. Tiene indicación formal de derivación del tránsito en forma definitiva, en aquellos casos excepcionales en el niño, en el cual es necesario la amputación del sector rectoanal por tumores malignos.

8. También está indicada como último gesto terapéutico en las incontinencias anales, luego de haber agotado las medidas dietéticas, la búsqueda de un reflejo condicionado unido al apoyo psicológico del paciente y después del fracaso de técnicas quirúrgicas presuntivamente correctivas.

9. Por lo expuesto hay autores que no participan de la indicación de la colostomía en los casos de cirugía colorrectal en varios tiempos, debido a los adelantos técnicos, sutura mecánica, mejor material de sutura y antibioticoterapia específica.

10. Frente al niño en el cual se plantea la cirugía en varias etapas, debemos reflexionar sobre la clásica frase "curar a un enfermo en tres operaciones es mejor que matarlo en una", la cual se debería completar según Chifflet de que "curar a un enfermo en una operación, es mejor que dejarlo morir en tres".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARTZ C., HARDY J. — Complicaciones en cirugía y su tratamiento. 2ª ed. México, Interamericana, 1978, p. 644.
2. AUDRESPY H. — La maladie de Hirschsprung. *Fra. Chir. Pédiatr.* 19: 39, 1978.
3. CARTA MEDICA 6. — Antibióticos en cirugía intestinal. Versión española. Distribuida en el Uruguay por S.M. del Uruguay. Marzo de 1982, p. 1.
4. FEVRE M. — Cirugía infantil y Ortopedia. Barcelona, El Ateneo, 1969.
5. FRECHETTE C. — La colostomie de l'enfant. Etude de 141 cas et analyse des complications. These. París, 1976.
6. FREEMAN N. — Anorectal Anomalies. En: Rickham, P.P., Johnston, J.H. - Neonatal Surgery. London, Butterworth, 1969, p. 414.
7. GOLIGHER J. — Cirugía del ano, recto y colon. Barcelona, Salvat, 1979.
8. HAJLER J., TALBERT J. — Urgencias neonatales quirúrgicas. Barcelona, Pediatría, 1974.
9. HARTLEY E. — The nursing care of surgical neonates. En: Rickham, P.P., Johnston, J.H. - Neonatal Surgery. London, Butterworth, 1969, p. 112.
10. HOLDER F., ASHCRAFT K. — Pediatric Surgery. Philadelphia, W.B. Saunders, 1980.
11. KRASNA K. — A simple purse string suture technique for treatment of colostomy prolapse and intussusception. *J. Pediatr. Surg.* 14: 801, 1979.
12. MOLLINTT D., MALAGENI M., BALLANTINE T., GROSFELD J. — Colostomy complications in children. *Arch. Surg.* 115: 455, 1980.
13. MORSON B. — Enfermedades del colon, recto y ano. Barcelona. Industrias Gráficas M. Pareja, 1972, p. 171.
14. PELLERIN D. — Técnicas de Cirugía Pediátrica. Barcelona, Masson, 1981, p. 328.
15. PREVOT I., BODART N., MOUROT M. — A propos de 100 colostomies temporaires chez le nourrisson. *Rev. Pédiatr.* 8: 609, 1972.
16. RICKHAM P. — Hirschsprung's disease. En: Rickham, P.P., Johnston, J.H. - Neonatal Surgery. London, Butterworth, 1969, p. 389.
17. SCHWARTZ H., BECKER J. — Endorectal pull-through without preliminary colostomy in neonates with Hirschsprung disease. *J. Pediatr. Surg.* 15: 470, 1980.
18. TURELL R. — Enfermedades del ano, recto y colon. Versión española. Buenos Aires, Beta, 1962, p. 504.
19. WELCH K. — Complications of Pediatric Surgery. Philadelphia, W.B. Saunders, 1982, p. 308.