

Colostomía en la enfermedad de Hirschsprung

Dres. Orestes Sbárbaro y Juan Luis Benedictti.

La colostomía es utilizada con mayor frecuencia en el Hirschsprung del recién nacido y lactante, siendo excepcional su realización en el niño mayor. No existe acuerdo en cuanto a la indicación de la colostomía como procedimiento de elección, previa al tratamiento definitivo. Quienes no la indican son partidarios de realizar el procedimiento definitivo de entrada.

La colostomía de necesidad está indicada: en los casos de complicaciones o en los casos de falla de sutura que pueden ocurrir en los procedimientos utilizados como tratamiento definitivo.

La colostomía debe ser siempre terminal a fin de permitir una detransitación completa. La colostomía en asa tipo Wangensteen sólo se utiliza en casos de emergencia. Se detalla la técnica operatoria.

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

SUMMARY: Colostomy in Hirschsprung disease.

Colostomy is more frequently used in the newborn and the suckling baby Hirschsprung disease, performance of this technique is very seldom used in children. There is no unanimous opinion as to the indications of colostomy as the procedure of election prior to the definitive treatment. Those not indicating it propound to perform the definitive entrance procedure.

The necessity of performing a colostomy occurs: in case of complications or in cases of disruption of suture that may occur in procedures employed as definitive treatment.

Clínica Quirúrgica Infantil (Director Prof. Dr. W. Taibo). Hospital Pereira Rossell. Fac. de Medicina. Montevideo.

Colostomy must always be terminal in order to avoid complete the return of feces. The Wangensteen type colostomy is only used in emergency cases. The operator technique is described.

RÉSUMÉ: Colostomie dans la maladie de Hirschsprung.

La colostomie s'utilise avec plus de fréquence en l'Hirschsprung du nouveau né et du lactant, étant exceptionnel sa réalisation dans l'enfant agé. Il n'existe pas d'accord sur l'indication de la colostomie comme procédé d'élection, avant le traitement définitif. Ceux qui ne l'indiquent pas sont partisans de réaliser le procédé définitif d'emblée. La colostomie de nécessité est indiquée: dans les cas de complications ou dans les cas de faille de suture qui peuvent succéder en les procédés comme traitement définitif.

La colostomie doit être toujours terminale pour permettre une détrasitation complète. La colostomie en anse tipe Wangensteen seulement s'utilise en cas d'urgence. On detaille la technique chirurgicale.

INTRODUCCION

La colostomía es la técnica quirúrgica que abre el colon a la piel en un sitio independiente del ano, constituyendo una salida artificial para el contenido colónico.

Es en la enfermedad de Hirschsprung (E. de H.) del recién nacido y lactante, donde la

Presentado como Tema Libre al 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Prof. Agregado y Asistente de Clínica Quirúrgica Infantil.
Dirección: Rbla. Tomás Berreta 7345. Montevideo (Dr. O. Sbárbaro).

colostomía es utilizada más frecuentemente, siendo excepcional su indicación en la infancia.

La causa de ser más frecuente su utilización en dichas edades se debe a:

1. factores vinculados a la propia enfermedad, como es la de presentarse con formas clínicas más graves, o con lesiones más extensas.

2. factores anatómicos, como es el poco desarrollo de la pelvis y periné, que pueden dificultar la realización del procedimiento quirúrgico definitivo.

3. ineficacia del tratamiento médico (nursing) debido a que las lesiones extensas (por encima del asa sigmoidea) imposibilitan introducir sondas que sobrepasen la zona patológica, lo que lleva a ser imposible, la correcta limpieza mecánica.

Indicaciones de la colostomía. Puede ser de elección o de necesidad.

Los partidarios de la colostomía de elección (Swenson-Nixon-Duhamel-Richman) la realizan como etapa previa al procedimiento definitivo: En el recién nacido o lactante de bajo peso o con mal estado general. En los casos de ineficacia del nursing; a) por la extensión de las lesiones. b) por fallas en su realización (debidas a causas socioculturales). c) porque no hay respuesta al mismo (no se alimenta adecuadamente - no aumenta de peso - persiste el estado de desnutrición) cuando existe gran dilatación colónica en los niños grandes, para la extracción de fecalomas.

La finalidad de la colostomía en estos casos es que:

Permite realizar una adecuada preparación del cabo distal, facilitando su limpieza. Logra reducir el calibre del colon (lo que facilita la operación definitiva) da tiempo para mejorar las condiciones generales del paciente, para favorecer el desarrollo de las estructuras anatómicas, para permitir el completo estudio del paciente, a fin de lograr un diagnóstico correcto.

Además cumple función de protección de la anastomosis distal, cuando en el tratamiento definitivo se hace resección intestinal.

Swenson difiere el tratamiento definitivo hasta que el paciente tenga 1 año de edad - un peso de aproximadamente 10 kilos - un adecuado estado general y un colon no dilatado.

Nixon es partidario de realizar el procedimiento definitivo a los 3 meses de edad.

Autores como Soave, no efectúan la colostomía como procedimiento de elección, pues realizan la operación definitiva de entrada y precozmente. Consideran además que

como todo procedimiento quirúrgico, tiene complicaciones.

No obstante, reconoce que la colostomía es un procedimiento útil en casos especiales (paciente de bajo peso - con mal estado general - que no responde al nursing - o que debutó con una complicación).

La colostomía de necesidad está indicada:

En las complicaciones de la E. de H. (oclusión - peritonitis por perforación - megacolon tóxico y enterocolitis). En la oclusión se realiza cuando no hay respuesta al nursing (con persistencia de los signos clínicos y radiológicos más allá de las 48 horas) o en la oclusión del recién nacido que se supone sea por E. de H.

La peritonitis por perforación al realizar el tacto rectal, o por cánula o sonda al realizar el nursing incorrectamente, o por perforación diastásica (generalmente del ciego). Recordar que en el recién nacido y lactante ante perforación diastásica del ciego de causa desconocida, se debe pensar en la E. de H.

En la perforación diastásica del ciego, los procedimientos indicados son: a) la cecostomía; b) la exteriorización del ciego. Estos procedimientos solucionan la complicación, permiten mejorar el estado del paciente y dan tiempo para realizar estudios con el fin de determinar la causa de la perforación.

En el megacolon tóxico la colostomía puede ser útil pues evita la retención colónica, aunque en casos muy graves, está justificada la colectomía.

En la enterocolitis, hay autores como Ehrenpreis que solo realizan tratamiento médico (A.T.B. - corticoides - sangre o plasma - degravitación gástrica o colónica). Sin embargo, la colostomía puede ser útil pues evita la estasis, que es la que favorece la reabsorción de productos tóxicos a través de la mucosa colónica alterada.

En las complicaciones postoperatorias de los diferentes procedimientos quirúrgicos empleados como tratamiento definitivo de la E. de H.

Pueden observarse formación de abscesos o fallas de sutura por necrosis.

La colostomía provoca detransitación del sector distal, permitiendo la resolución de la infección, que es el denominador común en todos estos casos.

Un capítulo aparte constituye la utilidad de la colostomía al permitirnos realizar estudios del cabo distal. Los mismos tienen como finalidad asegurarnos que dicho segmento puede ser descendido en la operación definitiva al garantizar su normal anatomía y funcionalidad.

Los estudios a realizar comprenden: a) biopsias en busca de elementos simpáticos y parasimpáticos normales; b) estudios histoquímicos; c) estudios bioeléctricos y d) estudios radiológicos.

Tipos de colostomías. Todos los autores están de acuerdo, que la colostomía debe ser siempre terminal, pues es la única que permite detransitación completa del segmento distal. Las más frecuentemente utilizadas son: en doble caño sin espolón (Mikulicz); en doble caño con espolón (Devine); o a cabos separados.

La colostomía en asa (Wangensteen) se puede utilizar en casos de emergencia, pero tiene el inconveniente de que no provoca detransitación total, manteniendo las condiciones patológicas.

Por la misma causa, la apendicostomía y la cecostomía son de poca utilidad, siendo la única indicación de la cecostomía, como ya vimos, la rotura diastásica del ciego.

Principios básicos de la técnica quirúrgica. La confección de la colostomía comprende los siguientes tiempos:

1. *Ubicación.* Aunque puede ser motivo de controversias entre los diferentes autores, todos están de acuerdo que debe ubicarse en el sector del colon que presente inervación normal. Lo habitual es que se haga en un colon de mayor calibre y con paredes engrosadas (si el colon es de calibre pequeño, se debe pensar que se está en la zona aganglionar).

La zona de emplazamiento de la colostomía se confirma por el estudio radiológico o mediante realización de biopsia extemporánea extramucosa.

La colostomía puede ubicarse: lo más distalmente posible (a nivel del sigmoides) para aquellas técnicas que no tienen un tiempo séptico y utilizan dicho sector para el descenso en la operación definitiva. Tiene como ventajas: evitar las alteraciones hidroelectrolíticas; provocar una acción estimulante que favorece el desarrollo de los vasos colónicos.

En el sector izquierdo del colon transversal, tiene como inconvenientes: que dificulta la movilización del ángulo esplénico, imposibilita el descenso del mismo, lo que lleva como consecuencia, a sacrificar todo ese sector del colon en la operación definitiva.

En el sector derecho del colon transversal, tiene como ventajas: que permite liberar y descender el ángulo esplénico; que mantiene libre de contaminación el hemiabdomen izquierdo, que será la zona de abordaje en la operación definitiva; que actuaría protegiendo la sutura intestinal distal.

Y como desventajas tienen: los disturbios hidroelectrolíticos que provocaría, al estar

ubicada en un sector donde el contenido intestinal es semifluido, quedando un sector distal innecesariamente excluido, que provoca una disminución del área de reabsorción acuosa; provocaría una falla en el crecimiento y alargamiento del colon y sus vasos por el desuso, lo que implica que en la operación definitiva, el intestino normal no pueda descenderse o en caso de ser posible su descenso lleve a la realización de una anastomosis a tensión; en caso de megacolon extenso, al realizar la resección intestinal (y al estar el colon fijado por la colostomía) ésta debe ser mas amplia.

El orificio debe ser de tamaño suficiente para el pasaje del colon —alejado de relieves óseos o de salidas de drenajes— ubicado en planos musculares, evitando que sea realizado sobre una incisión previa o simultánea. El respeto de estos principios, permite una mejor función colostómica, como así también posibilita el uso de un dispositivo con mayor comodidad.

2. *Confección del trayecto parietal.* Se incide el plano aponeurótico recortando una rodaja de las mismas dimensiones que el orificio cutáneo (la incisión también puede ser en cruz o en T). El plano muscular puede disociarse siguiendo la orientación de las fibras o ser seccionado en cruz.

Para que el colon esté cómodo, debe permitir el pasaje de un dedo, además del colon.

3. *Pasaje intraabdominal del colon.* Es necesario liberar previamente el sector elegido a fin de que pueda ser llevado a la pared sin tensión. El pasaje del colon puede hacerse por vía intra o subperitoneal.

4. *Confección de la sutura colocutánea.* Puede ser nivelada o prominente. Teniendo en cuenta que la presión intraabdominal en el niño es relativamente superior a la del adulto, al realizar la colostomía es necesario la sutura del mesocolon al peritórneo, como así también de cada uno de los planos parietales al colon. Esto además de evitar la evisceración y el prolapso, permite que la colostomía quede impermeabilizada, disminuyendo así las posibilidades de supuraciones parietales.

Apertura de la colostomía. Tiempo este solo aplicable a las colostomías en asa. En caso de oclusión o sutura intestinal distal a la colostomía, su apertura debe realizarse en el mismo acto operatorio. En los demás casos, se difiere 24 a 48 horas. Se hace incisión longitudinal sobre una bandeleta, o transversal hasta el meso cuando se prefiere adosar las dos ramas en caño de fusil. En ambos casos es optativa la realización de la sutura colomucosa.

Cuidados de la colostomía. Tiene como meta la correcta funcionalidad de la misma, tanto del asa proximal como de la distal.

Para ese logro, es necesario la cooperación de los padres y del niño (cuando se trata de un niño mayor).

En las primeras 48-72 horas, habitualmente la colostomía no funciona adecuadamente, y si el paciente se halla con buen estado general y expulsa gases, no es necesario realizar tratamiento alguno.

Ante la duda, se aconseja introducir el dedo para descartar que el colon no se halla apretado a nivel del pasaje parietal.

La colostomía debe ser examinada regularmente a fin de detectar precozmente alteraciones vasculares, con la consiguiente isquemia y necrosis; también es necesario realizar dilataciones periódicas con el fin de evitar la retracción y estenosis orificial.

De acuerdo con Harretche, el cabo distal mantiene sus funciones secretoras y absortivas normales, de allí que sea útil el lavado de dicho cabo diariamente o semanalmente para evitar la acumulación de materias o que restos detenidos puedan transformarse en hipersépticos.

A estos lavados se agregan antisépticos, cuando la colostomía se hizo de necesidad en cuadro oclusivo, megacolon tóxico o enterocolitis, pues para Harretche en esos casos, existe un aumento en la cantidad de los gérmenes normales, agregándose la aparición de toxinas que provocan lesiones a nivel de la mucosa. Puede ser útil la antibioterapia por vía sistémica. Los antibióticos de elección en estos casos son la Lincomicina o la asociación Metronidazol + Kanamicina o Metronidazol + Gentamicina.

Hay autores como Nixon que aconsejan la realización periódica de tacto rectal a fin de evitar la contractura esfinteriana por el desuso. Esta conducta está especialmente indicada en el recién nacido, donde el ano puede no haber sido usado nunca.

En cuanto al cuidado del cabo proximal, algunos son partidarios de realizar lavado diario o semanal, mientras que otros sólo lo realizan cuando no hay evacuaciones espontáneas, regulares o satisfactorias.

Es necesario realizar un estricto cuidado de la piel circundante a la colostomía, pues de ella puede depender el momento de la operación definitiva.

Dicho cuidado se realiza mediante el uso de polvos a base de almidón o goma de caraya, aunque actualmente lo aconsejado es la aplicación de una bolsa colostómica. En el lactante y niño pequeño, es difícil el uso de dichos dispositivos por la falta de cooperación del paciente. En el niño mayor, su utiliza-

ción depende no solo de la constitución anatómica del paciente, sino de aquel dispositivo que eligió por proporcionarle mayor confianza.

La alimentación es importante en el cuidado de la colostomía, pues influye en los caracteres y frecuencia de las deposiciones.

Los caracteres de las materias pueden ser influidos por diferentes fármacos: los preparados de metil-celulosa o polvo de caolín solidifican las materias, mientras que la vaselina líquida u otro ablandador de heces ejercen un efecto contrario.

Por último, recorda la utilidad del uso de desodorantes por vía oral (Clorofila) o de aplicación local.

Cierre de la colostomía. Luego de realizado el procedimiento definitivo, el cierre de la colostomía a las pocas semanas, favorece el reinicio de la funcionalidad y previene la retracción de las estructuras pelvianas sobre el sector intervenido.

El cierre puede ser intra o extraperitoneal.

Se debe liberar completamente el colon de sus adherencias a fin de que la sutura cólica sea realizada correctamente y sin tensión, previo avivamiento de los bordes colónicos, que nos permite apreciar el grado de vascularización de los mismos.

Se aconseja dejar drenaje subcutáneo, pues es alta la frecuencia de infecciones en estas heridas.

CONCLUSIONES

1. La colostomía se utiliza con más frecuencia en la E. de H. del recién nacido y lactante.
2. Existen factores vinculados a la propia enfermedad, anatómicos y a dificultades en el tratamiento, que influyen en su utilización en esas edades.
3. Puede ser de elección o de necesidad; de elección se utiliza en pacientes con mal estado general cuando hay gran dilatación colónica o para extraer fecalomas; de necesidad está indicada en las complicaciones de la E. de H. en las complicaciones postoperatorias de los diferentes procedimientos empleados como tratamiento definitivo de la enfermedad.
4. Se prefiere la terminal por ser detransitante.
5. Para su correcta funcionalidad, debe respetar varios principios básicos en su realización, entre ellos un estricto cuidado en el postoperatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARTZ C., HARDY J. — Complicaciones en cirugía y su tratamiento. 2ª ed. México, Interamericana, 1978, p. 644.
2. AUBRESPY P. et col. — Symposium sur les résultats du traitement de la maladie de Hirschsprung, 16º Réunion de la Société Française de Chirurgie Infantile. Ann. Chir. Infant. 11: 151, 1970.
3. CARTA MEDICA. — Antibióticos en cirugía intestinal, Distribuido por SM del Uruguay 6: 1, 1982.
4. EHRENPREIS T. — Hirschsprung disease. En: Enterocolitis Mortality, Chicago, Year Book, 1970, p. 94.
5. FEVRE M. — Chirurgie infantile et orthopédie. 1ª ed. en español. Barcelona, "El Ateneo", 1969.
6. NIHOUL-FEKETE C. — Colostomías. En: Pellerin D., Bertin P. y col. - Técnicas de Cirugía Pediátrica. Barcelona, Toray-Mason, 1981, p. 328.
7. FRECHETTE C. — La colostomie de l'enfant. Etude de 141 cas et analyse des complications. Thèse, Paris, 1976.
8. NIXON H. — Megacolon y otras anomalías congénitas del colon. En: Goliguer J.C. - Cirugía del ano, recto y colon. Barcelona, Salvat, 1979, p. 310.
9. HALLER J., TALBERT J. — Emergencias Neonatales Quirúrgicas. Barcelona, Pediátrica, 1974, p. 192.
10. HARRETCHE M. — El colon destransitado. Tesis de doctorado, 1965.
11. HOLDER T., ASHCRAFT K. — Pediatric Surgery. Philadelphia, Saunders, 1980.
12. KRASNA I. — A simple purse string suture technique for treatment of colostomy prolapse and intussusception. J. Pediatr. Surg. 14: 801, 1979.
13. MOLLITT D., MALAGENI M., BALLANTINE T., GROSFELD J. — Colostomy complications in children. Arch. Surg. 115: 455, 1980.
14. MORSON B. — Enfermedades del colon, recto y ano. Barcelona, Industrias Gráficas M. Pareja, 1972, p. 171.
15. PELLERIN D. — Técnicas en cirugía pediátrica. Barcelona, Toray-Masson, 1981.
16. PREVOT J., BODART N., MOUROT M. — A propos de 100 colostomies temporaires chez le nourrisson. Rev. Pédiatr. 8: 609, 1972.
17. RICKHAM P. — Hirschsprung's disease. En: Rickham P.P., Johnston J.H. - Neonatal Surgery. London, Butterworth, 1969, p. 389.
18. SCHWARTZ H., BECKER J. — Endorectal pull-through without preliminary colostomy in neonates with Hirschsprung disease. J. Pediatr. Surg. 15: 470, 1980.
19. TURELL R. — Enfermedades del colon y anorrectales. Buenos Aires. Ed. Beta, 1962, p. 504.
20. WELCH K. — Complications of Pediatric Surgery. Philadelphia, Saunders, 1982, p. 308.