

## **COLOSTOMÍAS.**

### **Clasificación, indicaciones, detalles de técnica.**

Dr. Gerardo de La Llera Domínguez (1)

#### **1. Clasificación**

- 1.1. Por su localización
  - 1.1.1. Cecostomía .
  - 1.1.2. Transversostomía .
  - 1.1.3. Sigmoidostomía .
- 1.2. Por su permanencia
  - 1.2.1. Transitorias
  - 1.2.2. Definitivas
- 1.3. Por su finalidad
  - 1.3.1. Descompresivas
  - 1.3.2. Derivativas
- 1.4. Por su técnica
  - 1.4.1. “En asa” o lateral
  - 1.4.2. “En doble cañón de escopeta” o con estoma doble
  - 1.4.3. Con estoma único o terminal

#### **2. Indicaciones**

##### **2.1. Cecostomía**

Se utilizarán sólo con la finalidad descompresiva transitoria, en pacientes en muy mal estado general, con oclusión intestinal por lesiones del ciego, el colon ascendente o la mitad derecha del colon transverso.

##### **2.2. Transversostomía**

Se utilizarán con la finalidad de obtener la descompresión del colon o la desfuncionalización del asa distal por derivación parcial o total de las heces fecales. Se realizarán en los pacientes que presenten afectada la mitad izquierda del colon transverso, el colon izquierdo o el rectosigmoides.

---

(1 ) Profesor de Mérito (ISCM-H), Prof. Titular de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García, Especialista de 2º Grado en Cirugía General, Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

---

- 2.2.1. Oclusión intestinal de causa tumoral, inflamatoria o congénita. (Ver oclusión intestinal en este manual.)
- 2.2.2. Oclusión intestinal determinada por una compresión tumoral. (Ver oclusión intestinal en este manual.)
- 2.2.3. Perforación de causa tumoral o inflamatoria. (Ver cirugía de colon.)
- 2.2.4. Fístulas. (Ver fístulas.)
- 2.2.5. Perforaciones traumáticas que deben ser suturadas por no poder ser exteriorizadas, excluyendo las del rectosigmoides. (Ver traumatismos del abdomen.)
- 2.2.6. Ciertas formas de lesiones ulcerativas segmentarias.
- 2.2.7. En algunos pacientes que requieren reconstrucción anoperineal, con carácter transitorio.
- 2.2.8. En algunos pacientes de agangliosis del colon. (Ver el presente manual.)

### **2.3 Sigmoidostomía**

- 2.3.1. Perforaciones traumáticas o inflamatorias del rectosigmoides. (Ver traumatismos de abdomen.)
- 2.3.2. Durante la realización de intervenciones electivas de tumores malignos del recto, resecables o no. (Ver tumores de colon.)
- 2.3.3. Vólvulo del sigmoides. (Ver el tema correspondiente en este manual)
- 2.3.4. En algunos pacientes con agangliosis del colon. (Ver el presente manual.)

## **3. Detalles de técnica**

### **3.1 Cecostomía**

- 3.1.1. Incisión de McBurney
- 3.1.2. Doble sutura concéntrica “en bolsa de señora” con material no absorbible No. 00; apertura del ciego en el centro de esta jareta y colocación, a través de ésta , de una sonda gruesa de Pezzer o Foley.
- 3.1.3 Fijación del ciego al peritoneo parietal anterior con puntos de catgut cromado No 00 o material no absorbible No. 00.

### **3.2. Transversostomía**

- 3.2.1. Incisión transversal o longitudinal de 8 cm, en el cuadrante superior derecho del abdomen.
- 3.2.2. Colostomía en asa.
- 3.2.3. Apertura de la colostomía a las 24 h. Si es necesaria la apertura inmediata se colocará una sonda hacia el asa proximal, introduciéndola a través de una incisión realizada en la parte media de dos suturas concéntricas en “bolsa de señora”, que se anudarán sobre la sonda.
- 3.2.4. En las colostomías en asa no se debe retirar la varilla o tubo de sujeción antes de las 72 h.

### **3.3. Sigmoidostomía**

#### **3.3.1. Sigmoidostomía en asa:**

- 3.3.1.1. Incisión de McBurney en la fosa iliáca izquierda.
- 3.3.1.2. Liberación del colon descendente, a fin de poder exteriorizar suficientemente el asa.
- 3.3.1.3. Apertura de la colostomía a las 24 h. Si es necesaria la apertura inmediata se colocará una sonda hacia el asa proximal, introduciéndola a través de una incisión realizada en la parte media de dos suturas concéntricas en “bolsa de señora”, que se anudarán sobre la sonda.

#### **3.3.2. Sigmoidoscopia en doble cañón, previa resección del segmento patológico:**

- 3.3.2.1. Sección entre pinzas de forcipresión, o por medio de la pinza de Rankin, del segmento a resecar.
- 3.3.2.2. Sutura de la brecha mesocólica.
- 3.3.2.3. Si se han utilizado 2 pinzas de forcipresión, se debe retirar la pinza proximal o abrir la rama proximal de la pinza de Rankin a las 24 h, dejando la rama distal para su caída por necrosis.

#### **3.3.3. Sigmoidostomía en estoma único (Técnica de Hartmann):**

- 3.3.3.1. Liberación de la zona a exteriorizar.
- 3.3.3.2. Sección entre 2 pinzas de forcipresión.
- 3.3.3.3. Sutura oclusiva del cabo distal.
- 3.3.3.4. Exteriorización de un segmento de 6cm – 8cm del cabo proximal, por contraabertura o implantación inmediata o tardía de la colostomía a la piel. En el 1er. caso, se retira la pinza de forcipresión a las 24h – 48h de colocada.

La sigmoidostomía transitoria deberá realizarse en la porción proximal del sigmoides.