

Experiencia con colostomía laparoscópica

Experience with laparoscopic colostomy

Dr. Dostalík Jan, Dra. Guňková Petra, Dr. Martínek Lubomír, Dr. Guňka Igor, Dr. Mazur Miloslav

Resumen

Objetivo. Presentar nuestra experiencia, indicaciones, contraindicaciones, describir el procedimiento y las ventajas de la colostomía laparoscópica electiva.

Sede. Clínica de Cirugía del Hospital de la Facultad de Ostrava.

Diseño. Estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo.

Análisis estadístico. Medidas de tendencia central.

Pacientes y métodos: Entre enero de 2001 y Diciembre de 2005, se realizó colostomía electiva por laparoscopia a 36 pacientes, 16 mujeres y 20 hombres, con edad promedio de 66 años (43-80). Se indicó en 28 pacientes con tumor colorrectal irresecable, 7 pacientes con incontinencia fecal y en un paciente con enfermedad hemorroidal de 4° grado. Se valoraron el tiempo operatorio, número de conversiones, complicaciones intra y postoperatorias, la estancia hospitalaria, restablecimiento de la peristalsis y el inicio de la alimentación oral.

Resultados: No hubo complicaciones intraoperatorias, la conversión no fue necesaria. El tiempo operatorio medio fue de 50 min. (20-120 min). El primer movimiento intestinal se detectó en 1.5 día en promedio (1-3 días) y la primera evacuación al tercer día en promedio (1- 8 días). Los pacientes iniciaron ingesta de líquidos al segundo día de postoperatorio en promedio (1-4 días). La estancia postoperatoria media fue de 9.6 días (1-25 días). En el periodo postoperatorio hubo tres complicaciones. Dos pacientes fallecieron por enfermedad tumoral diseminada.

Conclusión: La realización de la colostomía derivativa por laparoscopia es una intervención quirúrgica rápida, simple y sencilla. Este procedimiento debería ser el de elección para pacientes que requieran una colostomía electiva.

Abstract

Objective: Present our experience, indications, contraindications, to describe the procedure and advantages of laparoscopic elective colostomy.

Setting: Ostrava Surgical Clinic, third level health care hospital.

Design: Prospective, longitudinal, descriptive.

Statistical Analysis: Measures of central tendency.

Patients and method: From January 2001 to December 2005, 36 patients of a mean age 66 (43-80) years (16 female, 20 male) underwent elective laparoscopic colostomy. Patients with unresectable colorectal tumor (28 patients), patients with fecal incontinence (7 patients) and 1 patient with haemorrhoids of the 4th stage were indicated. Operating time, number of conversions, intraoperative and postoperative complications and length of postoperative hospitalization were followed. In the postoperative period we followed recovery of bowel function and oral nutrition.

Results: No intraoperative complications arose, no conversion was necessary. Median operative time was 50 (20-120) minutes. First bowel movement was on average 1, 5 (1-3) days, the first stool was on average the 3rd postoperative day (1-8 days). Patients were started on a liquid diet on average the 2nd postoperative day (1-4 days). Mean length of postoperative hospitalization was 9,6 (1-25) days. During postoperative period 3 complications occurred. 2 patients died due to tumor progression.

Conclusion: Laparoscopic creation of colostomy means quick, simple and safe derivating operation. This procedure should be preferred in most patients indicated to elective colostomy.

Palabras clave: Cirugía laparoscópica colorrectal, colostomía.

Cir Gen 2006;28:234-237

Key words: Laparoscopic colorectal surgery-colostomy

Cir Gen 2006;28:234-237

Clínica de Cirugía del Hospital de la Facultad de Ostrava, República Checa

Recibido para publicación: 18 septiembre 2006

Aceptado para publicación: 20 noviembre 2006

Correspondencia: Profesor Jan Dostalík, MD, PhD. Clínica de Cirugía del Hospital de la Facultad de Ostrava

La República Checa, Ostrava, 70800, 17. listopadu 1790

E-mail: jan.dostalik@fnspo.cz

Introducción

La realización de una colostomía representa una parte fundamental en la cirugía de colon y recto. El estoma puede realizarse en forma primaria o como complemento a una cirugía más extensa, (resección abdominoperineal del recto,¹ operación de Hartmann, colostomía de protección, etc.). La realización clásica de una colostomía es un método validado por años pero tiene desventajas resultantes a complicaciones relacionadas con la laparotomía. Con el desarrollo de la cirugía laparoscópica colorrectal, se pueden aplicar las ventajas de la cirugía de mínima invasión a la realización de colostomías. Las primeras experiencias con la realización de colostomía por laparoscopia fueron descritas en 1991,² pero en la literatura especializada sólo un número muy reducido de publicaciones se ocupa del tema. El objetivo del presente estudio es mostrar nuestra experiencia con la realización de colostomías por laparoscopia de manera independiente y electiva.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo de pacientes a quienes se realizó colostomía laparoscópica derivativa electiva en la Clínica de Cirugía del Hospital de la Facultad de Ostrava durante el periodo de enero de 2001 a Diciembre de 2005.

Las variables evaluadas fueron: indicación por la que realizó la colostomía, el tiempo operatorio, número de conversiones, complicaciones intra y postoperatorias, la estancia hospitalaria, restablecimiento de la peristalsis y el inicio de la alimentación oral.

La intervención se realizó bajo anestesia general, los pacientes fueron cateterizados, la preparación mecánica del colon ya sea enema fosfatado o simple dependió del grado de obstrucción, a todos se les administró antibiótico profiláctico en una dosis al momento de la inducción anestésica. El sitio del estoma fue marcado previamente por el cirujano o la enfermera especializada. Todos los pacientes fueron informados del procedimiento y dieron su consentimiento firmado.

La derivación se realizó utilizando la técnica de colostomía en asa o terminal y se realizó tanto en colon transversal como en sigmoides. Los pacientes a los que se les realizó colostomía laparoscópica de sigmoides se colocaron en decúbito dorsal, el cirujano y ayudante se colocaron a la derecha de la mesa quirúrgica. El trocar de la óptica se colocó supraumbilical y los de instrumentación fueron dos, un trocar de 5 mm en mesogastrio paramedio derecho y otro de 10 mm en hipogastrio paramedio derecho.

Después de la revisión de la cavidad abdominal movilizamos el colon sigmoide. La porción libre del sigmoide se traccionó con pinza Babcock y posterior a la realización del orificio del estoma en la pared abdominal se extrajo por el mismo, se recupera el neumoperitoneo para revisión final del colon proximal y distal. Se retiran los trócares bajo visión directa se cancela el neumoperitoneo y se fija el asa a la pared abdominal

para posteriormente abrirla a piel. En caso de sigmoideostomía terminal esqueletizamos el mesenterio del sigmoide intraabdominal y se secciona el colon con engrapadoras automáticas. El estoma terminal se realiza de manera habitual. En caso de transversostomía laparoscópica el paciente se coloca en decúbito dorsal con las piernas abiertas, el cirujano está entre sus piernas, el ayudante está a la derecha de la mesa quirúrgica. El trocar para la óptica lo introdujimos infraumbilical, los trócares para instrumentos en el mesogastrio derecho (10 mm) e izquierdo (10 mm). Después de revisar la cavidad abdominal disecamos el colon transversal del omento, en caso de que el mesocolon de transversal sea corto, lo cortamos con el bisturí armónico de manera que podamos movilizar el colon transversal por delante de la pared abdominal. Algunas veces es necesario disecar también el ángulo esplénico. Después se continúa del mismo modo que en la sigmoideostomía.

Se analizó por medio de medidas de tendencia central.

Resultados

Durante el periodo de estudio se realizaron 323 operaciones de colon y recto en la Clínica de Cirugía del Hospital de la Facultad de Ostrava. A 36 pacientes se les realizó colostomía derivativa electiva por vía laparoscópica y son el universo de estudio.

En 28 pacientes se indicó por tumor inoperable de colon sigmoide o recto en estadio Dukes D, en 7 pacientes por incontinencia fecal y en un paciente por enfermedad hemorroidal grado IV complicada. El grupo se conformó con 16 mujeres y 20 hombres, el promedio de edad fue 66 años (43-80 años). El riesgo operatorio según la clasificación ASA fue la siguiente: 1 paciente ASA I, 18 pacientes ASA II, 15 pacientes ASA III y 2 pacientes ASA IV (**Cuadro I**). No hubo complicaciones transoperatorias y en ningún caso fue necesaria la conversión. El tiempo promedio de la intervención fue de 50 minutos (20-120 minutos).

La peristalsis se recuperó en promedio a los 1, 5 días (1-3 días), la primera evacuación se presentó en promedio al tercer día después de la intervención (1-8 días). El inicio de la alimentación oral fue en promedio el segundo día después de la intervención (1-4 días). La estancia media hospitalaria fue 9, 6 días (1-25 días). La estancia hospitalaria dependió de la condición del paciente y su familia en el manejo de la colostomía. En el periodo postoperatorio hubo 3 complicaciones manejadas médicamente (1 diabetes decompensada, 1 delirio agudo y 1 infección uri-

Cuadro I.
Característica del grupo.

Número de los pacientes	36
Sexo (mujeres/hombres)	16/20
Benigno/maligno	8/28
Edad	66 años (43-80 años)
ASA I/II/III/IV	1/18/15/2

**Cuadro II.
Resultados.**

Tiempo operatorio	50 min (20-120 min)
Conversión	0
Complicaciones intraoperatorias	0
Restablecimiento de peristalsis	1, 5 día (1-3 días)
Evacuación del vientre	El tercer día (1-8 días)
Alimentación oral	El segundo día (1-4 días)
Estancia hospitalaria postoperatoria	9, 6 días (1-25 días)
Morbilidad	3 (8.3%)
Mortalidad	2 (5.5%)

naría). Dos pacientes murieron por enfermedad metastásica (**Cuadro II**).

Discusión

Las colostomías representan 3-5% de todas operaciones laparoscópicas de colon y recto.³ Las indicaciones de una colostomía electiva laparoscópica generalmente corresponden a las de una colostomía tradicional.⁴ La más frecuente es por la presencia de enfermedad maligna inoperable,⁵ si no es posible la resección paliativa o utilización de stents metálicos expandibles o terapia con láser. Otras indicaciones son: tumores operables previo a radioquimioterapia neoadyuvante, estenosis de recto y sigmoides secundaria a otras neoplasias de la pelvis, colitis post radiación, fístulas rectogenitales resistentes a la terapia conservadora, la enfermedad de Crohn rectal. La colostomía laparoscópica está también indicada en los pacientes incontinentes en mala condición clínica, en pacientes incontinentes después de trauma. La colostomía es indispensable si el paciente sufre gangrena de Fournier, infección pélvica, sepsis perianal con piodermatitis y fístulas. En caso de decúbitos extensos De La Fuente⁶ demostró que la curación combinada (la ostomía y desbridamiento de la zona perianal) es mucho más efectiva que el desbridamiento solo.

Las contraindicaciones conocidas son la obstrucción intestinal, la peritonitis difusa, y riesgos individuales del paciente.⁷

Las contraindicaciones relativas pueden ser, adherencias intraabdominales postquirúrgicas y tumores avanzados con ascitis y carcinomatosis peritoneal.

Las ventajas de la colostomía laparoscópica resaltan, particularmente, la posibilidad de evitar una laparotomía amplia con todos sus riesgos, durante la operación podemos apreciar en forma más precisa el diagnóstico, eventualmente obtener diagnóstico histopatológico, podemos elegir el segmento de colon más conveniente de tal modo que el estoma sea sin tensión. Algunos autores reportan menor formación de adherencias después de la laparoscopia⁸ lo que reduce riesgo de obstrucción y facilita la reconstrucción del tránsito en las colostomías temporales. La ventaja indiscutible es el acceso miniinvasivo a los pacientes

obesos.⁹ La recuperación es más favorable y más rápida y el restablecimiento de la peristalsis y canalización de gases es más temprano.¹⁰ Las conversiones son entre 4, 1 y 15, 7%,^{11,12} las complicaciones¹³ 0-17% , la mortalidad 0-4%. En la literatura se menciona que la incidencia de hernias paraestomales es más baja (0-6, 7%).¹⁴

La realización laparoscópica de estomas pertenece a las intervenciones simples, rápidas y seguras^{15,16} y debería ser la cirugía de elección en pacientes en los cuales se requiere colostomía de forma temporal o permanente.

Conclusión

La realización de colostomía por laparoscopia es una intervención rápida, simple y segura y debería ser el método de elección en la mayoría de los pacientes en los que se requiere una colostomía

Referencias

- Vávra P, Zonča P, Pelikán A, Malý T, Rydlová M. *The safe distance of the lower resection line in surgery for rectal cancer in the dependence on grading, staging and typing of the tumor.* 8th Biennial Congress European Council of Coloproctology. Proctologia supplement No1/2001.
- Lange V, Meyer G, Schardey HM, Schildberg FW. Laparoscopic creation of a loop colostomy. *J Laparoendosc Surg* 1991; 1: 307-312.
- Martínek L, Dostalík J. Laparoskopická kolostomie. *Rozhl Chir* 2002; 81: 320-323.
- Roe AM, Barlow AP, Durdey P, Eltringham WK, Espiner HJ. Indications for Laparoscopic Formation of Intestinal Stomas. *Surg Laparosc Endosc* 1994; 4: 345-347.
- Sprangers MAG, Taal BG, Aaronson NK, te Velde A. Quality of life in colorectal cancer: stoma vs nonstoma patients. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 361-369.
- De la Fuente SG, Levin LS, Reynolds JD, et al. Elective stoma construction improves outcomes in medically intractable pressure ulcers. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 1525-1530.
- Schlemminger R, Neufang T, Leister I, Becker H. Laparoskopische Stomaanlage. *Chirurg* 1999; 70: 656-661.
- Ludwig KA, Milsom JW, Garcia- Ruiz A, Fazio VW. Laparoscopic techniques for fecal diversion. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 285-288.
- Dostalík J, Martínek L, Vávra P, Anděl P, Gunčka I, Guňková P. Laparoscopic colorectal surgery in obese patients. *Obes Surg* 2005; 15: 1328-31.

10. Manger T. Laparoscopic stoma technique. *Zentrabl Chir* 1999; 124 Suppl. 2: 3-5.
11. Oliviera L, Reissman P, Nogueras J, Wexner SD. Laparoscopic creation of stomas. *Surg Endosc* 1997; 11: 19-23.
12. Liu J, Bruch HP, Farke S, Nolde J, Schwandner O. Stoma formation for fecal diversion: a plea for the laparoscopic approach. *Tech Coloproctol* 2005; 9: 9-14.
13. Hollyoak MA, Lumley J, Stitz RW. Laparoscopic stoma formation for faecal diversion. *Br J Surg* 1998; 85: 26-228.
14. Carne PW, Robertson GM, Frizelle FA. Parastomal hernia. *Br J Surg* 2003; 90: 784-793.
15. Lysterly HK, Mautt JR. Laparoscopic ileostomy and colostomy. *Ann Surg* 1994; 219: 317-322.
16. Dostalík J. Laparoskopická kolorektální chirurgie. 1. vyd. Brno, Presstempus, 2004, ISBN 80-903350-3-9, p. 84-88.

