

LEONIDAS AGUIRRE MAC-KAY

COLOSTOMIAS

INDICACIONES - TECNICAS - EVOLUCION



EDITORIAL DEL PACIFICO S. A.

SANTIAGO DE CHILE

57

COLOSTOMIAS

Por *Leonidas Aguirre Mac-Kay*

Para los cirujanos y, muy especialmente para aquellos que practican la cirugía abdominal, el presente libro del doctor Aguirre Mac-Kay resultará de una utilidad innegable.

El autor, con una práctica de muchos años en los servicios Hospitalarios y en la Asistencia Pública, ha dedicado la mayor parte de su labor profesional al estudio de estas técnicas quirúrgicas llamadas Colostomías, la cual ha sido hasta hace pocos años un elemento terapéutico escasamente utilizado, quedando como último recurso, dado el desprestigio de que se le había rodeado. Sin embargo, el autor afirma que el mejor conocimiento de la ejecución y mantención que se ha obtenido últimamente, ha logrado disminuir a un mínimo soportable y compatible con las actividades habituales los sufrimientos que involucra esta terapéutica.

Creemos que la labor emprendida por el doctor Aguirre Mac-Kay de dar a conocer los progresos alcanzados en esta técnica encontrarán amplia acogida entre los círculos científicos y, sobre todo, entre los estudiantes para quienes el presente libro resultará ser una ayuda considerable en la profundización de esta rama de la medicina.

EDITORIAL DEL PACIFICO S. A.

Ahumada 57 — Casilla 3126
Santiago de Chile.



Aguirre Mac-Kay, Leonidas.



LEONIDAS AGUIRRE MAC-KAY



WI 520
A284c
1955
e.2

COLOSTOMIAS

INDICACIONES - TECNICAS - EVOLUCION

MFN 2503



EDITORIAL DEL PACIFICO S. A.

SANTIAGO DE CHILE

Es propiedad. Derechos reservados para todos los países. Inscripción N° 17967. Copyright by Editorial Del Pacífico S. A., Ahumada 37, Casilla 3126, Santiago de Chile, 1955.

R. 8830



A la memoria de mi padre Dr. LEONIDAS AGUIRRE ARAYA

Al Maestro Prof. ERNESTO MOLINA CASTAÑEDA y su Escuela Quirúrgica.

A mi madre, hermanos, esposa e hijo.

IMPRESO Y HECHO EN CHILE
PRINTED AND MADE IN CHILE
EDITORIAL DEL PACIFICO S. A.
IMPRESORES

INTRODUCCION

Al cumplir veinte años de ininterrumpida actividad profesional, en los servicios de urgencia, hospitalarios y docentes, hemos querido, en un natural deseo de superación, dar un paso más en el perfeccionamiento de nuestra ciencia y arte quirúrgicos al postular al título de Profesor Extraordinario de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Largo ha sido el camino de nuestra formación, pero los diarios sacrificios y las dificultades con que nos hemos encontrado los tenemos por bien compensados con la satisfacción que nos ha brindado la posibilidad de conocer y alternar con tantos destacados cirujanos, nacionales y extranjeros, de quienes hemos aprendido sabias enseñanzas y nos han otorgado el calor de su amistad, formando nuestro temple, de médicos y de hombres, con su hermoso ejemplo.

Presentamos hoy este trabajo titulado "COLOSTOMIAS" por considerarlo de gran interés para los cirujanos, y muy especialmente, para aquellos que practican cirugía abdominal y de urgencia y para los estudiantes, que constituyen el promisor porvenir del mañana.

La colostomía ha sido hasta hace pocos años un elemento terapéutico escasamente utilizado, quedando como recurso último, dado el desprestigio de que ha sido rodeada. Sin embargo, ya en 1838, Amussat ensalzaba que "un ano artificial, en verdad, es una grave afección; pero no insoportable".

La Colostomía Definitiva ha sido y aún continúa siendo el espectro que rechaza la mayoría de los pacientes que deberían ser operados por Cáncer del Recto. Prefieren, aún conociendo el pronóstico inmediato de su afección, no someterse a la operación radical por el temor que este tipo de colostomía determina. Así decía Jones de Boston en 1928: "Los pacientes con Cáncer del Recto no mueren en paz", al referirse a que en el mejor de los casos deben sufrir y soportar una colostomía. Aun hoy día, Campbell y Shaerrer sintetizan este drama al anotar que "la colostomía continúa siendo el precio que muchos pagan para seguir viviendo".

Creemos firmemente, que el mejor conocimiento de la Ejecución y Mantenimiento de una colostomía, puede lograr disminuir a un mínimo soportable y compatible con las actividades habituales, los sufrimientos que involucra esta terapéutica. Es labor utilísima divulgar los adelantos de las Técnicas para obtener Colostomías Continentes, ubicaciones aptas, métodos de ejecución que previenen complicaciones derivadas de una evolución tórpida, tratamiento adecuado de las complicaciones y en especial, destacar las medidas destinadas a una mantención funcional correcta a base de irrigaciones, dieta, protección de la piel y otros factores que llevan al éxito en el "Modus vivendi" de un colostomizado.

Es, tal vez, este último aspecto el de mayor valor humano, pues se ha logrado así que el paciente no se considere un lisiado absoluto o un inválido. Logran



desarrollar sus actividades en forma que sorprende al terapeuta; la adaptación del organismo puede aprovecharse en toda su capacidad. Hemos visto reintegrarse a sus labores a profesionales, obreros y artesanos; pero para ello es esencial que el médico conozca la responsabilidad que asume al practicar un ano contranatural; deberá estar preparado para enseñar a su paciente los trucos que permitan sobrellevar una colostomía con éxito, no deberá escatimar paciencia para resolver todos los problemas que se le plantean y adelantarse a su enfermo en la solución de los tropiezos psicológicos y considerar como obligación propia, disponer de todo el tiempo necesario para instruirlo sobre su nuevo estado.

Sólo de esta manera se conseguirá que el auge de la Colostomía Temporal, como poderoso complemento terapéutico en las lesiones obstructivas neoplásicas o inflamatorias del colon distal, continúe "in crescendo" y que la Colostomía Definitiva, que sucede a las amputaciones del colon terminal y recto, desaparezca como freno impuesto por el enfermo, obstaculizando la mejor oportunidad de éxito quirúrgico.

Al condensar las múltiples facetas que ofrece una colostomía a la consideración de un médico, hemos querido agotar las fuentes de información, lo que ha conducido a la revisión total de las disponibilidades bibliográficas, haciendo una búsqueda exhaustiva de todo lo publicado directa o indirectamente sobre ano contranatural que está al alcance del mundo occidental.

El Capítulo sobre Indicaciones ha sido escrito en doble sentido: la indicación de colostomía según la afección y a la inversa, las afecciones que pueden tratarse con determinadas colostomías. Sabemos que esto conduce a inevitables repeticiones; pero a la vez facilita la consulta del que desee conocer en forma rápida el problema en cualquier sentido que se le plantee.

Creemos cumplir adecuadamente una formalidad reglamentaria al publicar este primer trabajo de envergadura en nuestra actividad científica y haber, al mismo tiempo, contribuido en algo al progreso de la rama de la Cirugía a la que hemos dedicado nuestra vida profesional.

No podríamos terminar estas breves líneas de Introducción sin destacar la abnegada y valiosa colaboración prestada en la preparación de esta monografía por el equipo de Cirugía Digestiva y Proctología del Hospital San Juan de Dios, a mi cargo y, muy especialmente al gran amigo y extraordinario colaborador Dr. Santiago Jarpa Orrego.

Queremos, finalmente, dedicar un recuerdo agradecido a todos los maestros y amigos que han contribuido a nuestra formación quirúrgica, en especial a nuestros Jefes inmediatos Prof. Drs. Ernesto Molina C., Manuel Martínez G., Heo Alessandrini I. y Arnaldo Yodice y a tantos otros destacados cirujanos y amigos, del Hospital San Juan de Dios, Hospital del Salvador, Asistencia Pública y Hospital Cosme Argerich, a quienes no nombramos por temor de herir su modestia cargada de méritos.

LAM-K.

DEFINICION Y CONCEPTO

Se entiende por *Colostomía* todo abocamiento del intestino grueso al exterior que derive parcial o totalmente el tránsito sea espontáneo, traumático o quirúrgico.

Las derivaciones intestinales en general, pueden ser *internas*, cuando se establecen conexiones quirúrgicas en el intestino delgado o grueso o entreambos y *externas*, cuando se comunica el lumen del intestino delgado o grueso al exterior.

Las derivaciones *internas* sean Colo-colostomías o Ileo-colostomías no serán consideradas en esta monografía, es decir, se rechaza todo lo referente a Colostomías internas, para referirnos exclusivamente a Colostomías externas.

Las derivaciones *externas espontáneas* o *traumáticas* son el resultado de procesos patológicos, que muchas veces son una válvula de escape para el intestino^{265, 431}, deben ser llamadas "*Fistulas estercoráceas*".

Las derivaciones *externas quirúrgicas* cumplen fines terapéuticos y deben ser llamadas *Colostomías*, en un sentido general. Existen otras denominaciones: *Colonostomías*, terminología usada por autores argentinos^{169, 478}; *Ano artificial*, *Ano contranatural*, *Ano preternatural*. Haremos uso habitual de la denominación de Colostomía, que es el término más difundido en nuestro país, sin dejar de lado las otras denominaciones, que no dan el inconveniente de provocar confusiones y contribuyen a enriquecer el lenguaje.

La *Colostomía* puede ser: a) *parcialmente* derivante del tránsito, en cuyo caso se habla de *Colostomía lateral*, ya que asienta exclusivamente en la pared del asa [Fig. 1-a, b] llamada también *Colostomía* y, b) *totalmente* derivante, en cuyo caso se habla de *Colostomía circunferencial*¹⁸⁹, ya que opone al exterior todo el lumen intestinal [Fig. 2].

Incluiremos en la descripción de las Colostomías a todas las exteriorizaciones del intestino grueso, en el sentido topográfico, o sea a través del apéndice

(Apendicostomías), del ciego (cecostomías), del colon ascendente, transverso y descendente, del sigmoides (sigmoidostomías) y el descenso del colon al periné (coloperineostomías).

En forma sucinta se define a continuación los términos aplicados a las características de las colostomías.

Temporal: Es aquella destinada a derivar el contenido intestinal durante un lapso variable, restaurando posteriormente las condiciones naturales. Para ello debe tener las condiciones anatómicas que permitan la reintegración, esto es, el cierre de la colostomía.

Definitiva: Está destinada a derivar el tránsito intestinal sin pretender restaurar las vías naturales. Su técnica no exige condiciones de reintegración.

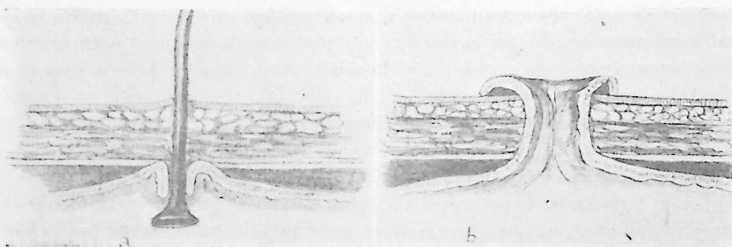


Fig. 1.— a) Colostomía lateral sin exteriorización. b) Colostomía lateral con exteriorización.

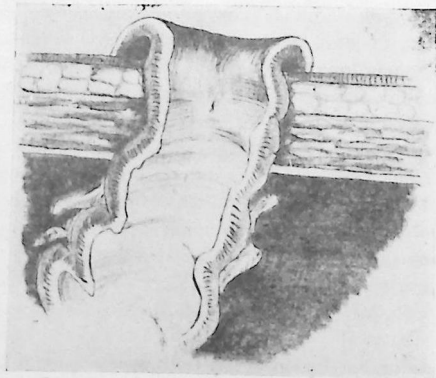


Fig. 2.—Colostomía Circunferencial.

Descompresiva: Es la colostomía indicada en las sobredistensiones del colon provocadas por procesos obstructivos con el fin de evacuar gases, líquidos y sólidos, sin necesidad de vaciar al exterior todo el tránsito intestinal.

Derivante: Es aquella que tiene capacidad para evacuar totalmente el tránsito al exterior dejando desfuncionalizado el resto del colon.

Lateral: Es aquella que opone al exterior una zona de la pared del colon, adosada a la pared abdominal; queda así con una comunicación económica al exterior [Fig. 1-a] o exteriorizada parcialmente [Fig. 1, b].

Circunferencial: Opone al exterior todo el perímetro del lúmen. Es principalmente derivante o desfuncionalizante y no tiene, en general, tendencia a cerrarse. Aunque la denominación de circunferencial usada por Garat¹⁸⁹, no es exacta en el sentido que siempre una boca puede ser una circunferencia que abarque o no todo el lúmen del intestino, conduciendo en tal caso a errores de interpretación; la hemos adoptado por estar difusamente publicada e interpreta su objetivo en mejor forma que otras denominaciones.

Terminal: Es el ano contranatura resultante de la exteriorización del cabo proximal del colon en las amputaciones distales.

Paliativa: Es una colostomía dedicada a evacuar el contenido cuando hay una obstrucción o subobstrucción distal inoperable.

En asa: Se llama así al ano artificial resultante de la exteriorización de un asa de intestino no seccionado, que se fija a la pared con diversos artificios [Fig. 3-a]. Ha sido llamada también "en continuidad" por mantenerse la integridad del asa aunque sea parcialmente.

En doble caño: (Cañón de escopeta). Es el ano contranatura formado por dos segmentos de colon adosados, en que el asa se ha seccionado. Los cabos de ambos caños pueden disponerse juntos o separados al mismo o diferente nivel [Fig. 3-b].

Un caño: Cuando un asa intestinal aislada y seccionada se dispone como único elemento del ano artificial [Fig. 3-c].

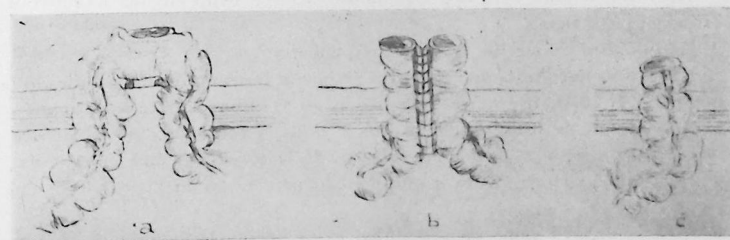


Fig. 3.— a) Colostomía "en asa"; b) "en doble caño" y c) "en un caño".

HISTORIA

Si bien es cierto que hay referencias sobre Colostomías accidentales por heridas provocadas por arma blanca citadas en la Biblia, transformadas en Colostomías, es Caelius el primero en anotar que 300 años A. C., Praxagoras trataba el ileo mediante ostomía intestinal.

La indicación de colostomía como tratamiento fué propuesta por primera vez por Littre²⁹⁵, cuyo método fué descrito por Dantanelle en 1710 en la Academie Royale de Sciences. En él se recomienda, teóricamente al parecer, en el tratamiento de la imperforación anal después de observar la autopsia de un recién nacido con esta lesión.

Originariamente se denominó a esta técnica *Colotomía*, como traducción literal del término, al significar que se abre el colon. Posteriormente se cambió la denominación al término más amplio y exacto de *Colostomía*.

1776.—*Pillore* de Rouen²⁷⁵ efectúa la primera cecostomía en cáncer obstructivo.

1783.—*Dubois A.* realiza una sigmoidostomía en una imperforación anal sin éxito.

1793.—*Duret*, cirujano de Lyon¹¹⁸ efectúa una colostomía lumbar por imperforación anal en un recién nacido.

1794.—*Desault*¹²⁹ efectúa otra colostomía similar.

1795.—*Daguesseau* hace una sigmoidostomía con éxito en una lesión traumática del recto sigma.

1796.—*Callisen*²⁹⁷ efectúa colostomías lumbares.

1797.—*Fine* involuntariamente, por accidente operatorio, se ve obligado a exteriorizar el colon transversal, obteniendo así la primera transversostomía.

1815.—*Freer*, de Birmingham realizó la primera colostomía en Inglaterra.

1820.—*Pring*³⁸⁰ fija los detalles técnicos de la colostomía iliaca izquierda.

1824.—*Martland*²¹⁸ recurre a este método para tratar la invaginación crónica.

1839.—*Amussat*¹¹⁶ pone de actualidad exitosamente las colostomías lumbares de Duret.

1842.—*Baudens* efectúa colostomías lumbares con incisiones oblicuas.

1848.—*Keyworth* efectúa la misma colostomía con incisión en T.

1850.—*Phillips* propicia la colostomía lumbar derecha exteriorizando el colon ascendente.

1850.—*Luxe* y *Adams* practican colostomías abdominales empleando incisiones pararrectales o de la línea blanca.

Al término del siglo XIX y en relación con el uso de la antisepsia, la Cirugía desarrolla las técnicas abdominales de las colostomías en Europa, ya que en Norte América sólo se iniciaron a principios del siglo actual, correspondiendo gran participación a los hermanos Mayo y su Escuela.

1875.—*Allingham* hace importantes modificaciones en las colostomías lumbares.

1881.—*Schitzinger* practica colostomías con sección del asa colónica y cierre del cabo distal que queda abandonado en el abdomen y el proximal fijo a la piel. *Senn* adopta esta técnica en Norte América.

1884.—*Pollosson*²⁷⁷ recomienda las colostomías derivativas temporales.

1887.—*Schede* las hace una realidad.

1888.—*Allingham*¹¹ propone por primera vez exteriorizar el sigmoides por laparotomía propia del tipo Mc Burney a izquierda ("Colostomía inguinal").

1888.—*Maydl*¹²² recomienda fijar el colon exteriorizado mediante un tubo de goma transmesocólico.

1889.—*Kelsey* de New York propone algunas modificaciones técnicas.

1892.—*Bloch* de Noruega⁵⁸ sugiere la resección del cáncer sigmoideo exteriorizando el asa y sacándolo fuera del abdomen. Propone colocar un tubo en el asa proximal.

1895.—*Paul* de Liverpool³⁹⁶, aparentemente sin conocer los trabajos de Bloch, propone una técnica similar colocando en ambos cabos tubos de vidrio.

1903.—*Mikulicz* propone la colostomía en doble barra con sección retardada del asa exteriorizada.

1930.—*Rankin* modifica la técnica de Mikulicz al continuar la resección con una anastomosis cerrada extraperitoneal.

1932.—*Lahey* amplía la técnica de Mikulicz para la exeresis del cáncer practicando una resección del mesocolon.

1938.—*Devine* publica una transversostomía con cabos seccionados y separados.

1947.—*Wangesteen* propone la transversostomía en asa sin sección, mantenida por dos varillas de vidrio fuera del abdomen.

Existen diversas modificaciones que no hacen puntales en la historia de los años contranatura que serán revisadas en el texto de esta monografía.



CLASIFICACION

El capítulo primero, al dar los conceptos de las diferentes denominaciones hace muy sencillo el actual, en que daremos a conocer las posibilidades de clasificación de los distintos tipos de colostomías.

Según la *forma*, es decir, la disposición anatómica de las derivaciones intestinales, pueden ser:

CUADRO Nº 1

	<u>Tipo anatómico</u>	<u>Variedad</u>	<u>Ejemplo</u>
Circunferencial	En asa (en continuidad)	No seccionada	Col. de Wangenstein Col. de Glenn-Rafal
		Seccionada	Col. de Dennis y Fallis
	En doble barra	Cabos adyacentes	Col. de Mikulicz Col. de Rankin Col. de Esperne
		cabos separados	Col. de Devine Col. de Mixer
	En un cabo	Descendostomía o Sigmoidostomía Terminal	Col. de Op. de Miles
		Coloproctostomía	
Lateral	Cecostomías Sigmoidostomía de Delore Precolostomía		

Sea la colostomía permanente o temporal pueden diferenciarse perfectamente según el nivel anatómico del colon en que estén colocadas.

Según la *ubicación* pueden ser:

CUADRO Nº 2

I. Colon derecho	Apendicostomías Cecostomías Ceco-ascendostomías Ascendostomías
II. Colon transverso	Col. de Maydl-Glenn y Rafal Devine Fallis y Dennis Mayo y Dixon Wangenstein Bicolostomía de Garat Col. de Esperne Bloch-Paul y Mikulicz (aplicable al transverso)
III. Colon descendente y sigmoideo	Col. de Bloch-Paul y Mikulicz Delore Mikulicz-Rankin Mikulicz-Lahey Maydl-Glenn y Rafal Colostomía en "Nudillo" Col. de Pauchet-Martel y Denet (sin espólón) Audry-Mixer y variedades Colostomía definitiva y variedades (Miles, Hartman, Lockhart-Mummery y otros) Col. de Wangenstein Esperne Colostomía "Húmeda" (del vaciamiento pelviano) Precolostomía
IV. Colon distal al periné.	Cecoproctostomía Coloproctostomía (Op. de Babcock y Bacon) Op. de Kraske Op. de Kütner



No clasificamos la ileocecostomía de Lahey, porque es más bien una ileostomía. No creemos útil incluir en la clasificación las colostomías lumbares y de los flancos que se han considerado al hablar de la historia y que hoy día han sido totalmente abandonadas.

Tampoco es necesario insistir en clasificar las colostomías según su duración (temporal o definitiva), según su función (descompresiva o derivativa), pues estos conceptos identifican incompletamente los tipos de colostomías conduciendo a errores de clasificación.

Las colostomías con técnicas destinadas al control de la evacuación no son clasificables y serán analizadas en el capítulo de técnicas independientemente.

Lichsteinstein²⁹¹ clasifica las colostomías con un criterio anátomo-funcional en la forma siguiente:

I *Colostomías con continuidad* (en que no se efectúa una derivación total del tránsito). Son esencialmente descompresivas.

- 1) Descompresión externa (hacia el exterior).
- 2) Descompresión interna (sin comunicación al exterior; por ej.: Ileotransversostomía).

II *Colostomías con discontinuidad* (en que hay desviación total del tránsito).

- 1) Externa.
- 2) Interna.

III *Colostomías con espolón.*

- 1) Con resección intestinal (por ej. Col. de Mikulicz).
- 2) Sin resección intestinal (por ej. Col. de Wangenstein).

IV *Colostomía terminal* (por ej. la Col. definitiva de una Op. de Miles).

Esta clasificación considera conjuntamente las ostomías internas y externas la que trae aparejada una confusión de anastomosis colocolónicas o ileocolónicas con colostomías verdaderas. Además crea situaciones confusas, especialmente en el grupo con discontinuidad interna y por último es poco didáctica y difícil de retener.



INDICACIONES

A.—GENERALIDADES.—

Existen *características* funcionales y anatómicas que dan a las colostomías un valor terapéutico determinado. El conocimiento y la consideración de estas características es fundamental en el momento de indicar la colostomía que se ajuste a las necesidades particulares de un paciente. Ellas son:

I.—*Descompresión y derivación*: 1) La colostomía *descompresiva* está indicada en las sobredistensiones del colon por procesos obstructivos, destinada a la evacuación de gases líquidos y sólidos, sin necesidad de derivar al exterior todo el tránsito intestinal.

Conjuntamente con disminuir la tensión que ponía en peligro las zonas menos vascularizadas de la pared del colon (como sucede en el ciego), se obtiene una desbacterización parcial por la salida de materias fecales; una mejor vitalidad para los procesos de cicatrización cuando debe ir seguida de resección del colon y una mejoría evidente del estado general.

Este objetivo descompresor se logra con cualquier tipo de colostomía preferentemente con las proximales, es decir, sobre el ciego y transversa, sean laterales o circunferenciales.

2) La colostomía *derivativa* o *desfuncionalizante* tiene por objeto desviar totalmente el tránsito intestinal. Con esto se consigue: a) *Reposo* de la región amagada (cáncer, inflamaciones, fistulas complicadas, etc.); b) *Deflución* con desaparición del componente inflamatorio lo que es particularmente importante para hacer el diagnóstico de las llamadas fijaciones locales del colon³²⁸ en que hay un proceso obstructivo de cualquier naturaleza, adherido a los tejidos vecinos por la inflamación concomitante. Esta inflamación que disfraza la naturaleza primaria del proceso cede con la derivación permitiendo su diagnóstico; c) *Desbacterización* que es, sin duda, uno de los factores de mayor valor, que ha permitido mejorar el pronóstico de la cirugía colónica, disminuyendo ostensiblemente la morbilidad y mortalidad. La antisepsis colónica ha logrado jun-

to a la colostomía, los mayores éxitos en el campo de la asepsia operatoria, siempre que se practique según las indicaciones del antibiograma sobre la elección del antibiótico⁸. Tienen capacidad desfuncionalizante sólo las colostomías circunferenciales; d) *Protección de las suturas*, factor que ha permitido avazar en el campo de las resecciones del colon especialmente distal. Zavaleta¹⁸⁷ destaca que la elección de la colostomía en la cirugía por etapas suele ser difícil, ofrece un camino más largo para el cirujano y más penoso para el enfermo; pero da más seguridades de éxito.

II.—*Temporal y definitiva*: 1) La colostomía *temporal* es del mayor valor como medio terapéutico ya que sus beneficios van seguidos del tratamiento de la afección causal. Está principalmente indicada en los procesos agudos obstructivos, como tiempo previo a las resecciones para defensa de las suturas y como coadyuvante en el tratamiento de afecciones inflamatorias ulcerativas o fistulosas. Puede ser temporal cualquier tipo de colostomía, excepto la colostomía terminal, resultante de amputaciones distales en que no queda posibilidad de restauración.

2) La colostomía *definitiva* es el resultado obligatorio de todas las resecciones del colon terminal. En otras ocasiones queda como único elemento terapéutico de lesiones inabordables o inextirpables, como obstrucciones por cáncer avanzado, estenosis rectales, rectosigmoideas o colónicas por linfogranuloma venéreo. A esta indicación se le ha llamado "colostomía *paliativa*". En muchas ocasiones un ano que se ha construido como temporal debe quedar definitivo por así exigirlo la evolución de la enfermedad.

Las características *técnicas* de las colostomías temporales o definitivas se tratan en el capítulo correspondiente.

III.—*Modalidades generales de técnica*. Al indicar una colostomía deben tenerse presente las ventajas e inconvenientes que ofrecen los tipos generales, a saber: de un asa terminal (un caño), dos caños adosados con o sin separación de los cabos seccionados y asa exteriorizada sin sección.

1) La colostomía en *asa terminal*, es decir de un caño, está destinada a ser definitiva y por lo tanto se indica en todos los casos que obligan a resear el intestino distal, sin poder recurrir a otra conducta más conservadora.

2) La colostomía en *doble caño* ofrece más libertad en su determinismo. Como derivativa, ante la duda de si se trata de una lesión extirpable o no, ofrece la posibilidad de restaurar el tránsito, lo que no coloca al operador en la duda de su indicación. Tiene además buenas condiciones como colostomía temporal o definitiva. Finalmente es necesario recordar que a la vez de constituir una colostomía, permite exteriorizar y eliminar del organismo lesiones tumorales (en el sentido de masa) como diverticulitis, granulomas y lesiones destructivas como las heridas y perforaciones.

3) La colostomía en *asa*, es tal vez la más difundida y aceptada hoy día especialmente con las innovaciones que conducen a la sección total del asa des-

pués que ésta se ha fijado convenientemente a la pared abdominal. Con ello se ha llegado a la obtención de la derivación total del tránsito.

Las colostomías en asa pueden ser temporales o definitivas y son ubicables en cualquier zona móvil del colon especialmente en el transversal y sigmoides. Se seccione o no el asa, puede restaurarse la continuidad con anastomosis intra o extraperitoneal. Estas características hacen que el operador trabaje con libertad, pues no está determinando sus pasos futuros en un sentido muy limitado y estricto; podrá elegir después la ruta que convenga a su paciente según la lesión de que sea portador. Estas ventajas son de singular valor en la cirugía de urgencia y cuando se trata de un caso de diagnóstico incompleto en el sentido etiológico.

IV.—*Capacidad de facilitar el estudio radiológico*. La colostomía permite el estudio radiológico del colon siempre que se use un adaptador que impida el escape del medio opaco.

Pendergrass y Cooper³⁷⁰ usan un adaptador de goma para la ostomía eferente y estudian el colon distal por vía rectosigmoidoscópica y radiológica para perquisar vías anormales en los traumatismos del colon. Robin³⁸⁹ modifica el tapón ya señalado para introducir, mediante un cateter que lo atraviesa, el medio opaco para estudio desde la colostomía. Root y Rayle⁴⁰² presentan un adaptador que permite hacer enema baritado a presión por la colostomía, al igual que Cross¹¹⁶ quien ofrece otro diseño con igual objetivo.

B.—INDICACIONES SEGUN LA AFECCION

Las indicaciones de una colostomía pueden darse analizando el problema desde el punto de vista de las afecciones del colon, es decir, que para cada enfermedad existen uno o más tipos de colostomías útiles; o bien a la inversa, mirado el problema desde la utilidad de cada colostomía para las diferentes afecciones.

Esto crea un problema de exposición ya que inevitablemente caeremos en repeticiones. Sin embargo, es necesario desarrollar el tema en los dos sentidos a fin de hacerlo más completo y explícito.

IMPERFORACION ANAL

En las atresias anales y rectales en que un tabique de escaso grosor queda como obstáculo a la salida del tubo digestivo, generalmente puede tratarse con operaciones plásticas perineales; pero cuando el tabique es de mayor grosor, debido a una posición alta del fondo de saco intestinal, la proctoplastia es más difícil. Estos casos requieren la derivación colónica, que Clogg¹⁹¹ practica de rutina y de urgencia y Ashhurst¹⁸ relega a segundo plano: cuando la operación perineal no resuelve la obstrucción.

Es curioso anotar que la primera indicación de colostomía fué propuesta por Littre justamente en una imperforación anal.

Dado que el problema se plantea en el recién nacido debe recurrirse a la derivación colónica más sencilla y de menor riesgo. Estas condiciones las cumple con ventaja la transversostomía de Wangensteen en el colon transverso, técnica que hemos usado en un caso de imperforación anal.

OBSTRUCCIONES AGUDAS

Entre las causas de obstrucciones agudas del colon pueden citarse como más frecuentes los procesos neoplásicos benignos o malignos, inflamatorios, diverticulares; los vólvulos, de los cuales, el vólvulo sigmoideo será tratado al considerar el megacolon y hernias estranguladas con compromiso colónico.

El problema común de las obstrucciones de cualquier etiología es de *descompresión*. Sin embargo, la cirugía es a menudo demorada, se pierde tiempo en intubaciones y enemas. Cuando la válvula ileocecal es continente se llega a veces a distensiones que ponen en peligro el ciego, hecho observado en Diez casos de una serie de 146 de Albers y Smith⁹ y destacado por varios autores^{179, 219, 430}.

Ante una obstrucción aguda del colon, siempre el cirujano se siente tentado por la resección primaria. Sin embargo lo sabio es descomprimir primeramente y después disfrutar de los beneficios de la acción de la colostomía resecando el proceso obstructivo una vez recuperado de la distensión. Con esta conducta el riesgo ha disminuido enormemente^{271, 270, 406}.

a) En las obstrucciones del *colon derecho* por cáncer el problema debe resolverse con derivación interna, es decir, ileotransversostomía ya que la cecostomía sólo crea dificultades en la extirpación definitiva.

b) En las obstrucciones agudas del *colon izquierdo* la mayoría de los autores está de acuerdo en que la *transversostomía* es la derivación ideal¹²⁵.

Si bien es cierto que la *cecostomía* actúa sobre la zona del colon más débil en las sobre-distensiones no lo es menos que, por la misma razón, es a veces difícil efectuarla sin romper el órgano con el peligro consiguiente de peritonitis. Sin embargo, Rack y Clement en una publicación reciente³⁸² prefieren la cecostomía dado que la descompresión se hace en el sitio más fácilmente perforable, que la contaminación bacteriana al peritoneo es menor en el ciego, que a través de la cecostomía se puede practicar antisepsis colónica y por último que el cierre espontáneo de la cecostomía es casi de regla evitando el cierre quirúrgico. Hunt^{236, 237} considera igualmente a la cecostomía como procedimiento ideal para solucionar las grandes distensiones, dado que el colon transverso en estas condiciones es a veces, difícil de exteriorizar y mantener en esta posición sin provocar tracción excesiva del meso con los peligros consiguientes de irrigación.

Por último, hay autores que prefieren la colostomía sobre el *colon izquierdo*, como Zavaleta⁴⁸⁷ quien ubica la colostomía hasta 15 cms. del proceso mismo, a fin de que si resultase inextirpable la lesión, la colostomía quede como

definitiva y si es extirpable se excluya posteriormente la tumoración y la colostomía conjuntas seguido esto de la anastomosis intestinal. El autor defiende este proceder, pues la transversostomía limita la movilización y resección colónicas.

Al respecto no existe un criterio uniforme y definido. Nosotros hemos practicado principalmente la transversostomía en los cuadros obstructivos agudos, usando en segunda frecuencia la cecostomía. Yodice y García Mata⁴⁸⁴ rechazan toda colostomía izquierda por distante que esté situado el tumor en el sigmoideos porque dificulta las maniobras de exeresis.

La *mortalidad* es apreciablemente menor en manos de distintos autores cuando se usa colostomía transversa o izquierda que cecostomía. El cuadro siguiente publicado por Rack y Clement³⁸² revela estadísticamente esta aseveración al que agregamos cifras de otros autores (Cuadro N° 3).

CUADRO N° 3

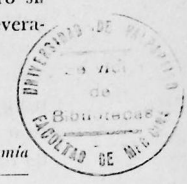
	Cecostomía	Colostomía
Rankin (1939)	18.7%	—%
Gregg y Dixon (1941)	9.7	14.3
Wangensteen (1942) ⁴⁰⁶	50.0	—
Collier y Ramson (1942)	71.4	—
Fallis (1946)	—	3.8
Hendricks y Griffin (1947)	40.5	21.0
Michel y Mc Cafferty (1948)	30.0	15.3
Albers y Smith (1952)	56.0	24.0
Becker (1953)	—	12.4
Rack y Clement (1954)	33.6	24.4

Hunt²³⁶ ha bajado sus propias cifras de 26.6% (en 15 casos) a 0% (en 10 casos) usando un clamp similar al de Daniel que permite un buen drenaje y lavado colónico mediante sonda gruesa aplicada a cecostomía o transversostomía.

Hemos tenido la suerte de observar una forma rara de obstrucción aguda por hernia estrangulada epigástrica que provocó el esfacelo del colon transverso en un segmento cercano al ángulo esplénico. Fué operado de urgencia practicándose una exteriorización de la zona lesionada. Desgraciadamente, la retracción por acción del meso-colon, redujo la colostomía así obtenida y evolucionó posteriormente a la contracción (ver Complicaciones). Por ello debió practicarse otra transversostomía proximal en la mitad derecha con la técnica de Wangensteen.

LESIONES INFLAMATORIAS OBSTRUCTIVAS DEL CIEGO POR APENDICITIS

Muchas veces sorprende al cirujano el hallazgo de un tumor cecal, sea al tratar un cuadro de obstrucción intestinal, una apendicitis aguda, un plastrón



apendicular. Cuando la exploración revela en forma clara que se trata de un cáncer, un tuberculoma o un tumor benigno y no cabe duda del tipo de lesión, el caso debe resolverse con una derivación interna: ileotransversostomía seguida de inmediato o en forma demorada de hemicolectomía derecha según las condiciones de cada caso.

Sin embargo, el problema terapéutico es a veces muy difícil de decidir cuando se encuentran tumores cuyo aspecto no permite un diagnóstico seguro y en que se teme pueda tratarse de un tumor maligno y quede rotulado como proceso inflamatorio, o lo contrario, cuando se cree estar ante un tumor maligno que invita a la ileotransversostomía para preparar una exeresis y en realidad se trata de un proceso banal muchas veces de origen apendicular. En este último caso, en que más bien es un proceso inflamatorio, frecuentemente obstructivo, o en que se encuentran bridas que obstruyen el ciego o ascendente, alterando tróficamente su pared de acuerdo con Albers y Smith⁹, lo más acertado es practicar una cecostomía amplia, cuando es posible exteriorizar el ciego, acompañada de biopsia que permitirá decidir en definitiva.

CANCER DE COLON Y RECTO

El cáncer puede provocar obstrucciones agudas por el componente inflamatorio que lo acompaña. La indicación de colostomía en estos casos, se rige según lo anotado en las obstrucciones agudas y cuanto antes se opere es mejor para el paciente²¹.

Las resecciones colónicas por cáncer deben ser amplias y en algunas ocasiones protegidas por colostomías derivativas¹⁰⁰. Hay autores que defienden el valor de la cecostomía por estar localizada lejos en los cánceres del colon izquierdo facilitando su extirpación. Creemos que la cecostomía sólo se justifica ampliamente en los tumores altos del colon ascendente y mitad derecha del transverso. Las transversostomías cumplen con la mayoría de las condiciones ideales de colostomías derivativas para defender resecciones del colon distal por cáncer. La hemos practicado previa o conjuntamente en las resecciones del colon descendente y sigmoideas. Además permiten un control radiológico de las anastomosis y una vez logrado un control satisfactorio se procede al cierre del ano contranatura.

Charles Mayo²²⁷ analiza la utilidad de la colostomía en la resección segmentaria anterior por cáncer en cien casos sin colostomía y cien casos con colostomía. En la primera variedad observó un 6% de mortalidad y en la segunda un 3%. Apoya este criterio Conole¹¹⁰ quien cree indispensable solucionar integralmente el problema de la obstrucción con una colostomía previa a las resecciones por cáncer obliterante. Sin embargo, Berger y Horvitz¹³ aseguran que su mayor experiencia en la resección por cáncer les ha hecho abandonar la colos-

tomía previa a la resección y obtienen menor mortalidad con la exeresis primaria exclusiva.

Las resecciones del colon distal por cáncer plantean la ejecución de a) colostomías definitivas, b) de colostomías perineales y c) de la colostomía paliativa.

a) La *colostomía definitiva* sólo varía según el tipo de operación escogida para la extirpación. Es de importancia discutir su ubicación. En las resecciones abdómino-perineales, hemos usado principalmente la operación de Miles en un tiempo con y sin doble equipo operatorio simultáneo⁵, menos frecuentemente hemos practicado la operación de Hartman. La ubicación de la colostomía la hemos efectuado en escasas ocasiones en laparotomía propia del tipo de Mc Burney izquierda, siendo lo habitual la exteriorización en la parte alta o media de la laparotomía oblicua izquierda que habitualmente usamos con la variante de un segmento transversal sobre el extremo inferior del músculo recto anterior (laparotomía en palo de hockey). La operación de Lockhart-Mummery queda reservada para casos en muy mal estado general que sólo permiten extirpaciones moderadas.

Bukh⁷⁶ en una extensa y bien documentada monografía estudia la evolución de los pacientes con colostomía definitiva por cáncer del colon terminal. Encuentra que el 67% pueden desarrollar normalmente sus actividades corrientes; pero tienen dificultad en practicar actividades que exijan esfuerzo físico de importancia.

b) Las *colostomías perineales* han pasado a la posteridad, excepto la coloproctostomía de Babcock, que necesita, sin embargo, indemnidad de los territorios linfáticos medio e inferior. Es curioso que en nuestro país, la frecuencia de los cánceres de recto por encima de este nivel es muy baja⁵ lo que hace muy poco frecuente el uso de esta técnica.

c) La *colostomía paliativa* plantea a menudo al cirujano la disyuntiva de si debe o no efectuarla, problema que acosa tanto al cirujano general como al que opera habitualmente colon. Charles Mayo²²⁸ considera que en el cáncer obstructivo parcial está indicada cuando esta obstrucción aumenta por el proceso inflamatorio o por la ingestión de bario, practicada erróneamente para afinar el diagnóstico y no lo está, en la obstrucción total tumoral exclusiva. Según este autor debe efectuarse en casos avanzados cuando hay metástasis en ganglios preaórticos, peritoneo, epiplón e hígado que no son resecables e igualmente, en las fijaciones, ulceraciones y hemorragias. Velasco¹³² recomienda la colostomía paliativa sólo en los cánceres inoperables obstructivos. Stern¹³⁷ encuentra beneficio moderado en 73 pacientes tratados con colostomía paliativa. Dado que la supervivencia es más o menos igual en el cáncer avanzado, se trate con colostomía paliativa, con resección o sin colostomía paliativa ni resección, debe indicarse sólo en las obstrucciones inoperables y en los enfermos de edad avanzada o que no toleran una resección aunque sean tumores operables.

La ubicación de la colostomía paliativa depende de la localización de la lesión primaria.

POLIPOSIS

La colostomía, como tratamiento paliativo, se plantea principalmente ante la presencia de complicaciones como hemorragias masivas; como procedimiento derivativo en las resecciones para defender las suturas y como colostomía terminal, en las resecciones distales por pólipos degenerados⁷.

Hay quienes prefieren la ileostomía en el tratamiento derivativo de las hemorragias.

En nuestra casuística contamos con tres casos de degeneración ubicada en el recto que obligó a la amputación abdominoperineal de Miles con colostomía definitiva y un caso con pseudopoliposis por colitis ulcerosa, que ante la posibilidad de degeneración le fué practicada una amputación abdominoperineal con colostomía definitiva izquierda.

DIVERTICULITIS

La colostomía es útil en diversos aspectos clínicos de la enfermedad, especialmente la transversostomía, considerando que la ubicación más frecuente es del colon descendente y sigmoides y que a la postre, es la resección el tratamiento definitivo eficaz. Pemberton y Col.³⁶⁹ destacan el valor de la colostomía como factor determinante en la escasa mortalidad por ellos anotada de 1,1% en las resecciones por diverticulitis.

En las *Diverticulitis agudas simples* en que predomina el fenómeno obstructivo inflamatorio o cuando se producen abscesos y plastrones pericolónicos, está indicada la derivación. Dado que habitualmente estas lesiones asientan en el sigmoides, son las transversostomías, como ya lo señalamos, las más adecuadas en cuanto a ubicación y facilidad operatoria^{379, 80, 487, 88}. La cecostomía no es la más adecuada³⁵¹, porque si bien es cierto que cumple con la acción *descompresiva*, en la diverticulitis justamente se requiere la *derivación* para desinflamar las lesiones.

La *Diverticulitis perforada* puede tratarse exteriorizando el divertículo perforado, es decir practicando una colostomía en el sitio amagado. El ideal es una exteriorización de asa total mantenida en posición mediante una varilla de vidrio que atraviesa el meso^{351, 80} o bien exteriorización y disposición a lo Mikulicz-Paul⁸⁸. Las formas perforadas con gran inflamación pericolónicas cubiertas pueden ser resecaadas precedidas de colostomía derivativa³⁶¹. Stewart⁴³⁸ propone drenar la zona perforada y practicar una transversostomía a lo Mikulicz que es fácilmente cerrada a posteriori con clamp y cierre quirúrgico de la boca. Canó-

nico⁸⁸ rechaza las resecciones en la diverticulitis perforada y da todo el valor a las transversostomías derivativas como único tratamiento.

La *Diverticulitis fistulizada* sea al exterior o al intestino delgado o vejiga, conduce a resecciones muy complicadas que deben ser protegidas por colostomías. Aun más, cuando éstas se practican con la debida anticipación a la exéresis se obtiene gran regresión inflamatoria que permite afinar el diagnóstico, ubicar mejor las lesiones, facilitar la operación y además defender las suturas.

La *Diverticulitis crónica estenosante*, sea pericolo-diverticulitis fibrosclerosa o fibrosupurada plantea el problema de la obstrucción⁸⁸, sea progresiva o aguda por su componente inflamatorio adicional. Esto obliga a la derivación, que es electiva en el transverso. La colostomía hace desaparecer la inflamación en una diverticulitis estenosante en un plazo de 6 a 9 meses⁹¹. Ahora bien, esta colostomía que soluciona el proceso obstructivo puede seguir los siguientes caminos: a) Persistir como definitiva, cuando el paciente es de edad muy avanzada y no permite una resección; b) Ser suficiente como tratamiento y previo control radiológico, practicar su cierre después de 6 a 12 meses, sin ser el ideal y queda reservado para los enfermos que no resisten resecciones; c) Ser la etapa previa a una resección, que es el camino lógico y radical. Este caso se ha presentado en 2 observaciones nuestras en mujeres con diverticulitis crónica estenosante del sigmoides. Una de ellas fué tratada con cecostomía que debió reemplazarse por una transversostomía de Wangensteen. La cecostomía sólo solucionó el factor descompresión y no la derivación para defensa de la resección ulterior⁴. La colostomía derivativa (transversostomía) ha servido además para hacer el diagnóstico radiológico de la etiología de la obstrucción antes de decidir la exéresis, como lo han demostrado nuestras pacientes. La colostomía por su acción deflucionante permitió que aparecieran los divertículos al estudio radiológico que primitivamente había sido negativo. Además de defender las suturas de la resección, el anoconstranatura permite, antes de su cierre, practicar el control radiológico de la anastomosis. Otros dos casos se resecaron por diverticulitis crónica del sigmoides no obstructiva, usando la transversostomía de Wangensteen para proteger las suturas con todo éxito.

Mayo W. J.³⁵⁰ es partidario de efectuar la colostomía lo más cerca de la lesión a fin de incluirla posteriormente en la zona a resecar cuando se efectúe la exéresis definitiva. Buie⁷⁵ comparte esta opinión. Callander⁷⁸ prefiere intentar la esterilización del proceso diverticular mismo y dejar colostomizados los cabos que intervienen en el proceso.

La *Diverticulitis crónica* con reagudizaciones, fistulas vesico-sigmoideas o rectales, con complicaciones ginecológicas, con tendencia a la constipación y subobstrucción, puede tratarse con colostomía temporal seguida de resección y aún, colostomía definitiva sin resección en pacientes de edad avanzada o mal estado general. En un caso de nuestra serie se practicó cecostomía con resulta-

dos regulares ya que se complicó con prolapso cecal incluyendo su pared posterior.

La *Diverticulitis cecal* aguda o tumoral crónica no debe tratarse con cecostomía; es más radical y conveniente la resección del colon derecho o cecoascendente con ileotransversostomía.

ESTENOSIS POR LINFOGRANULOMA VENEREO

La *colostomía* en esta afección tiene tres indicaciones fundamentales.

a) Como tratamiento único y definitivo en las estenosis infranqueables, especialmente en las formas tubulares, sea de ubicación iliaca o transversa. Esta conducta la hemos observado en 8 casos, uno de ellos asociado a cáncer de recto, con colostomía de Wangensteen. Es esta entonces una colostomía *paliativa*. En estos casos se observó regresión de las descargas de mucopú y de las hemorragias (que no se presentaron en todos ellos). La colostomía iliaca la hemos practicado en 6 casos por imposibilidad de tratamiento dilatador, con lo que se ha conseguido apagar el componente inflamatorio agregado a la fibrosis estenosante y mejorar el estado general. Los pacientes han aceptado esta conducta ante la imposibilidad de practicar otra terapéutica. Woods y Hanlon¹⁸⁰ destacan que la colostomía no detiene el curso de la enfermedad; pero disminuye el dolor y se aprecia mejoría del estado general.

b) Como tiempo previo a las resecciones segmentarias distales del tipo de la operación de Dimitriu y Stoia^{185, 186} (resección rectosigmoidea abdomino-entodanal), hoy día abandonadas y en resecciones colónicas, cuando la Linfogranulomatosis toma sectores del colon como lo hemos observado en un caso en el colon transverso, que felizmente regresó con tratamiento médico¹.

c) Como complemento del tratamiento fisioterápico²¹³ adquieren gran valor las colostomías derivativas, especialmente en el colon transverso. Hemos usado la colostomía de Wangensteen por la sencillez de su ejecución y cierre. El tratamiento de las estenosis anorrectales por Linfogranuloma venéreo mediante dilataciones diatérmicas y estrógenos²¹³ se ha protegido con colostomía de Wangensteen en 8 casos, 5 de ellos cerrados después del tratamiento exitoso. El valor de la derivación es indiscutible en estos casos, en que la zona afectada evitando el contacto de las materias fecales, permite la introducción de los dilataadores en terreno limpio, no expuesto a que por las pequeñas erosiones que se producen, penetren gérmenes provenientes del contenido fecal, aumentando aún más la infección secundaria y exponiendo a la producción de abscesos y flemones. Conjuntamente este reposo hace regresar hasta apagar en acción conjunta con la Aureomicina o Sulfodrogas el componente exudativo de la lesión.

Es necesario agregar que la colostomía adquiere especial valor cuando coexisten abscesos o fistulas anorrectales, rectovaginales y vésico o uretrorrectales.

Se ha verificado este hecho en un caso con fistula rectovaginal y otro con fistula rectouretral.

PERFORACIONES COLO-RECTALES

La etiología es muy variada. De ahí que este problema se trate también al referirnos al cáncer, diverticulitis y traumatismos, analizados en sus respectivos capítulos.

La gran mayoría de los autores afirman que el ideal es exteriorizar colostomizando el sitio mismo de la perforación,^{98, 157, 361, 80, 88.}

Si la exteriorización no es posible deberá practicarse la sutura o resección acompañada de colostomía derivativa preferentemente en el transverso.

La colostomía es un medio muy eficaz conjuntamente con la sutura en las perforaciones espontáneas del recién nacido por malformaciones congénitas¹¹³ en contraste con las enterostomías, que son un serio peligro para la vida del lactante.

COLITIS ULCEROSA

Hoy día la colostomía en el tratamiento de la colitis ulcerosa ha perdido valor y es consenso unánime que la ileostomía es la medida de valor definitivo entre las derivaciones, siendo el ideal la resección del colon en los casos que escapan al tratamiento médico severo. Sin embargo, revisaremos brevemente el papel que puede desempeñar la colostomía en esta grave afección que afortunadamente en nuestro país es muy rara.

*Appendicostomía*²⁰ fué ideada con el objeto de practicar irrigaciones del colon^{202, 23} y administración de medicamentos^{117, 182}, cosa en realidad muy engorrosa efectuada mejor por otras vías más sencillas y que hoy día se ha abandonado por contraproducente. Sin embargo, hay autores¹⁸¹ que obtienen buenos resultados en casos rebeldes, instilando a través de una cecostomía, aceite común o de hígado de bacalao y lavados con antisépticos suaves en suero fisiológico.

Cecostomía padece justamente de los defectos de una colostomía ante los procesos inflamatorios del colon cuando no es totalmente derivante, sin considerar además, que no es raro que el ciego esté también comprometido por la afección. Algunos autores no desconocen el valor que pueda tener la cecostomía^{184, 122}. Gutiérrez Blanco²¹⁵ la practicó en 13 de 20 casos de los cuales fallecieron 2 (15,3% de mortalidad).

La *colostomía ceco-ascendente* se justifica del punto de vista de la menor pérdida de líquido y iones. Sánchez Zinny¹⁰⁵ la emplea basado en que la colitis ulcerosa respeta en cierto grado el colon ascendente.

La *transversostomía* está indicada en las resecciones por colitis segmenta-

rias como medio de defensa de las suturas³⁵⁰. Werner y Polonsky¹⁷² han aprovechado la transversostomía paliativa para estudiar los cambios de la mucosa durante grados variables de "stress", observando desde la hiperemia y edema hasta la provocación de contracciones colónicas. Campbell y Sampson⁸⁵ recomiendan la transversostomía como medida operatoria inicial en: a) la proctosigmoiditis intratable aguda fulminante y b) en la proctosigmoiditis ulcerativa crónica con absesos y fistulas anorrectales y estenosis o incontinenias.

Toda colostomía en la colitis ulcerosa está contraindicada cuando existe exudado en la serosa o rigidez de la pared intestinal⁸⁵ al practicar la exploración operatoria.

COLITIS AMEBIANA PERFORADA

Teóricamente, en las perforaciones del colon por amebiasis cabe pensar en la posibilidad de una derivación. Sin embargo, como lo hemos comprobado en 4 casos, 3 de ellos publicados¹, es prácticamente imposible exteriorizar, ni siquiera movilizar el intestino grueso que se encuentra en toda su extensión invadido por el proceso, con gran congestión y edema, lo que le da un aspecto injurgitado, tieso, que impide extraerlo fuera de la laparotomía. Además generalmente, existe más de una perforación y en todo el colon se observa zonas tan dañadas que parecen "telas de cebollas" rodeadas de un anillo edematoso.

Es un cuadro extremadamente grave y en todo momento debe tenerse presente la posibilidad de exteriorizar la zona perforada o de practicar una colostomía, si se tiene suerte de encontrar una zona adecuada en la exploración quirúrgica.

TUBERCULOSIS PRODUCTIVA DEL COLON

Las formas tuberculosas *exudativas* o *agudas* del colon y sigmoides, de por sí raras y las lesiones rectales tuberculosas, prácticamente nunca requieren colostomía.

La tuberculosis *productiva* del colon, que hemos tenido la suerte de observar en un caso en el colon transverso, no necesita habitualmente de derivaciones salvo en el caso de proteger las suturas de una resección, ya que la obstrucción es muy lenta y permite llegar a la exeresis segmentaria salvando el episodio de obstrucción aguda.

ENFERMEDAD DE CROHN DEL COLON

Esta rarísima localización de la enfermedad descrita por Crohn como ileitis regional, la hemos observado en un caso¹ con ubicación en el colon descendente inmediatamente por debajo del ángulo esplénico. Este paciente estaba en

estudio en nuestro Servicio y fué operado de urgencia por el Médico de Guardia, porque hizo un cuadro obstructivo agudo, practicando una transversostomía de Wangenstein.

Otro caso nuestro, de ubicación en el colon ascendente, no requirió colostomía, pues aunque siendo obstructivo, el curso clínico fué lento y permitió una resección primaria con hemicolectomía derecha e ileotransversostomía.

Ambos casos tienen estudio histológico de la lesión.

GRANULOMA INFLAMATORIO INESPECÍFICO

Esta denominación queda reservada para un cuadro de observación rara habitualmente localizado en el sigmoides, de evolución crónica, que consiste en una estenosis por engrosamiento de las paredes del colon con disminución progresiva del lumen, que histológicamente revela infiltración histiocitaria y gran fibrosis. Es probable que sea fenómeno secundario; pero dado que en estas condiciones la etiología no es precisa, ha sido aceptada por muchos autores la denominación de granuloma inflamatorio inespecífico.

Esta afección puede llevar a la obstrucción aguda que obligue a una descompresión colostómica. Lo hemos observado, con estas características, en un caso de nuestra serie, con ubicación sigmoidea, que necesitó una *transversostomía* de urgencia que se hizo con la técnica de Wangenstein. Esta derivación salvó el problema obstructivo y provocó la deflución total del proceso, que en la laparotomía exploradora que llevó a efectuar la derivación, aparecía como un gran tumor inflamatorio en el que participaban asas del intestino delgado aglutinadas a su alrededor, como también otros elementos: epiplón y vejiga. Una vez deflucionado persistía al enema opaco una subobstrucción, por lo que se procedió a resecarla dos meses después de efectuada la colostomía, donde pudo comprobarse la regresión casi total del proceso agudo inflamatorio persistiendo sólo el componente fibroso, permitiendo una resección muy fácil y limpia. Esto destaca el valor de la colostomía para preparar y defender una resección distal. Una vez obtenido el control radiológico satisfactorio del estado de la anastomosis consecutiva a la resección se procedió a cerrar el ano contranatura. El cuadro fué confirmado por estudio histopatológico.

MEGACOLON

El mecanismo patogénico del megacolon reconoce, hoy día, la existencia de una zona acalásica rectosigmoidea^{82, 15, 238, 479, 59, 60, 61, 443, 444, 445, 446, 447, 118} que conduce a una disquinesia del segmento, que provoca la ectasia y consecuentemente la distensión colónica⁴³⁵. Se ha determinado que en la enfermedad de Hirschsprung existe atrofia o ausencia de los plexos de Auerbach y Meissner en la región rectosigmoidea, fenómeno causal de la



falla de tránsito intestinal a este nivel, provocándose la ectasia aludida. Esta retención conduce a la dilatación por detrás de la zona descrita, con hipertrofia de sus paredes, sin otra alteración histológica.

El megacolon no complicado debe entonces, tratarse resecaando la región rectosigmoidea acalásica, lo que puede efectuarse con o sin colostomía, sea concomitante, es decir, durante un mismo acto quirúrgico o precedente, en que en una primera etapa sólo se practica la colostomía derivativa y en una segunda la resección. En manos de algunos autores, la resección protegida por colostomía tiende a desaparecer cuando se adquiere gran experiencia quirúrgica¹¹⁹. Swenson y Rheinlander¹¹⁸, ¹¹⁹ comunican que de acuerdo con su experiencia inicial practicaron en sus primeros enfermos, el tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung, en 3 etapas: a) transversostomía, b) resección del sigmoidees distal y de la zona acalásica rectosigmoidea y c) cierre de la colostomía. Últimamente los autores practican la resección rectosigmoidea sin transversostomía defensiva y sólo la indican en las siguientes circunstancias: a) en pacientes con obstrucción subtotal por fecaloma que no se ha podido evacuar con irrigaciones, b) en enfermos de pobres condiciones orgánicas en que la resección involucra el peligro de suturas débiles por malas condiciones cicatriciales. La colostomía a su vez tiene algunos inconvenientes ya que las etapas alargan la intervención, la desfuncionalización del colon distal hace que este disminuya de calibre dificultando la anastomosis y por último, la colostomía en el transverso es un freno que puede dificultar el descenso del colon al periné cuando éste queda corto en el momento de la resección, al pretender llevarlo hasta el cabo distal.

Sin embargo, no debemos despreciar el valor de la protección que desempeña la colostomía y es así como en nuestros enfermos operados por megacolon con resección rectosigmoidea se ha usado la transversostomía con éxito.

El *vólvulo sigmoideo*, sin alteración trófica por compromiso vascular ni perforación, se trató en manos de muchos cirujanos con la simple destorsión con o sin fijación concomitante. Fué desechado este método al comprobarse gran número de recidivas, efectuándose por ello resecciones. Sin embargo, hoy día, con el conocimiento de la patogenia del megacolon y por consiguiente del vólvulo, no se aconseja la extirpación total del sigmoidees, sino solamente de la zona rectosigmoidea acalásica, por lo que vuelve a adquirir valor la destorsión; pero acompañada de una colostomía en el colon transverso que por la derivación del tránsito, permite la reducción del calibre sigmoideo y evita la recidiva del vólvulo. Además servirá de protección para la etapa de la exeresis del rectosigmoidees.

Swenson y Col.¹¹⁸, ¹¹⁹ tiende a reemplazar la colostomía del transverso por una colostomía lateral (que sólo afecta a la pared anterior del intestino) efectuada en el sigmoidees mismo, cuyo fin es descomprimir a la vez que fijar y extirpar posteriormente esta zona colostomizada en un solo block con la zona rec-

tosigmoidea. La colostomía transversa, según este autor, dificulta las maniobras del colon descendente durante la operación definitiva.

El vólvulo se ha tratado también con técnicas que son en algunas de sus etapas colostomías de carácter temporal como: a) la sigmoidectomía de Delore en que la resección va seguida de anastomosis extraperitoneal de los cabos, cuya sutura es incompleta dejando una abertura de seguridad drenada directamente al exterior mediante sonda. En este momento es una colostomía hasta que se obtiene su cierre espontáneo. El método ha sido frecuentemente usado en nuestro país¹²⁰. b) Sigmoidectomía de Mikulicz-Paul, que después de la exteriorización del asa sigmoidea queda convertida temporalmente en colostomía y c) La exteriorización simple del sigmoidees sin espolón que queda colostomizado para completar posteriormente las etapas destinadas a restaurar el tránsito.

La sigmoidectomía junto a las técnicas de resección en un tiempo han sido hasta la última década, las intervenciones de elección en el tratamiento quirúrgico del vólvulo simple o complicado, especialmente en este último. Sin embargo, de acuerdo con los nuevos conceptos patogénicos, la resección del sigmoidees se está reservando exclusivamente para la torsión con gran fecaloma inévacuable, para el asa sigmoidea muy alterada y para la perforación del asa vólvulada¹¹⁹.

Un caso observado por nosotros fué tratado mediante sigmoidectomía según la técnica de Hartmann y nos fué enviado para restablecer el tránsito intestinal. La zona acalásica rectosigmoidea no se encontró en repetidos estudios radiológicos y se procedió a reconstruir el tránsito del colon distal, previa transversostomía que sirvió para desbacterizar y defender la anastomosis. A propósito de este caso es necesario anotar que no todos los megacolon son secundarios a la alteración histológica del rectosigmoidees y que existen, aunque son raros, casos con espasmo del esfínter interno del ano que dan un megarrecto y megacolon y otros con espasmo anular en otras zonas del intestino grueso, dando una dilatación segmentaria por detrás de dicho espasmo.

TRAUMATISMOS DEL COLON Y RECTO

Son de etiología variada. Hemos observado heridas de bala y penetrantes abdominales o perineales con lesión del colon o recto. Existen también establecidos por golpes o contusiones; además en nuestra casuística aparecen rupturas de recto por fractura de pelvis y lesiones quirúrgicas sigmoideorrectales por operaciones ginecológicas; anexectomías complicadas, colpotoxemia posterior y raspado uterino. La colostomía es un arma terapéutica de primera importancia en estas lesiones¹²⁰, ³⁷⁶, ¹⁰⁷.

La colostomía en los traumatismos de colon y recto reúne 4 objetivos:

1) Derivación del tránsito fecal cuando existe una lesión rectal extrape-

toncal. Este objetivo lo cumple toda colostomía "en asa" sea transversa o sigmoidea y la colostomía en "doble barra" a lo Mikulicz.

En estos casos adquiere especial importancia la necesidad de explorar los órganos pelvianos que puede comprometer adicionalmente el agente traumático. Por ello es aconsejable una laparotomía baja subumbilical, sea media infraumbilical u oblicuo izquierda (en palo de hockey) que permite explorar ampliamente los órganos intrapelvianos, determinar si la herida rectal ha comprometido el órgano más arriba del fondo de saco peritoneal y efectuar la colostomía a través de la misma brecha operatoria a nivel del sigmoides¹⁸⁵. Esto lo hemos experimentado con todas sus ventajas, en un muchacho que por fractura de pelvis sufrió una gran herida rectal con sección de la uretra membranosa. Fué explorado mediante incisión en palo de hockey izquierda y una vez establecido que la lesión era solamente extraperitoneal se exteriorizó el sigmoides en forma de colostomía en asa con la técnica de Wangensteen. El abordaje abdominal bajo permitió además practicar una talla vesical.

2) *Exteriorización o movilización del colon intraperitoneal herido*. Esta técnica, cuando la herida es única y difícil de suturar o es irregular, como sucede en los estallidos de bala, adquiere su máxima importancia, constituyendo una maniobra generalmente fácil y muy eficaz^{232, 276}. Puede efectuarse en cualquier parte del colon movilizable. En las heridas de ciego o ascendente, en especial cuando se trata de heridas de bala lo más acertado es la exteriorización, aún a riesgo de dificultades en la decolación, usando las técnicas de la ascendostomía o ceco-ascendostomía. La sutura y derivación interna con ileotransversostomía no es el procedimiento ideal y suele instalarse una fistula estercorácea a partir del sitio de la sutura del colon lesionado. Esta complicación la hemos observado en un enfermo en que se practicó esta técnica.

En otras partes del colon, la exteriorización es más sencilla, excepto en los ángulos y en sigmoides distal donde generalmente es imposible.

La colostomía en asa con una o 2 varillas de sostén es tal vez, la más indicada para exteriorizar el colon herido y en el sigmoides puede usarse además la colostomía de Mikulicz¹⁹¹. Un caso, con gran herida del sigmoides en zona movilizable se trató con exteriorización de urgencia en forma de asa simple, evolucionando en muy buenas condiciones y algunos meses después se cerró el ano contranatura sin inconvenientes.

Colcock¹⁹¹ llama la atención que muchas veces el problema de exteriorizar puede consistir precisamente en las dificultades de movilización adecuada del colon traumatizado; el tamaño de la herida y la fijación inflamatoria de los planos vecinos son los escollos fundamentales. Si estas dificultades se salvan exitosamente, el autor es partidario de la exteriorización con la técnica de Mikulicz-Paul.

Horsley y Michaux²³² proponen practicar una colostomía en asa como mé-

todo electivo y hacer un ano en doble barra cuando ha sido necesario seccionar el colon (resección) dada la magnitud del traumatismo.

3) *Protección de las suturas de un segmento no exteriorizable de colon intraperitoneal*. Estas zonas no exteriorizables son habitualmente los ángulos hepático y esplénico (que rara vez son lesionados) y el sigmoides distal o rectosigmoides. Esta última ubicación es frecuente asiento de rupturas quirúrgicas al practicar operaciones ginecológicas incluyendo: a) Anexectomías muy adheridas al sigmoides que ocasionan lesiones de este órgano con las maniobras de despegue. Dos enfermas operadas en Servicio de Ginecología presentaron esta modalidad de accidente quirúrgico. En ambas, trasladadas a nuestro Servicio, se procedió a suturar la lesión y se practicó transversostomía de Wangensteen con éxito en ambos casos. En otro caso similar se usó cecostomía, con las desventajas de esta derivación, que por gran pérdida de líquidos y iones en el postoperatorio, llevó a la enferma a la muerte. b) Colpotomía posterior, que además de exponer al intestino delgado y mesenterio, puede abrir el rectosigmoides, como se observó en una enferma que nos fué enviada con este accidente y en que la transversostomía de Wangensteen fué suficiente para provocar su cierre espontáneo en el curso de 3 a 4 semanas. c) Raspado uterino que por perforación del útero hiere el intestino en su porción distal no exteriorizable. Esto lo hemos observado en un caso que con ano contranatura de Wangensteen en el transverso, no se obtuvo éxito, por existir lesiones del intestino delgado concomitantes, que produjeron una gran fistula intestinal y estercorácea falleciendo una semana después de instalada la colostomía.

Para defender un segmento no exteriorizable del colon es ideal la colostomía en "asa" transversa o sigmoidea.

4) *Protección de resecciones*. A veces, las lesiones traumáticas no permiten ser suturadas y es necesario resecar el colon dañado. Dadas las condiciones locales y generales en una intervención de urgencia está indicada la colostomía *derivativa*, especialmente en el transverso, para defender la anastomosis. Esta utilidad se ha comprobado en una enferma operada del anexo izquierdo en que se lesionó el sigmoides. Este fué resecaado y para defender las suturas de la resección se practicó cecostomía, que aunque no siendo la más indicada, logró en un primer tiempo derivar parcialmente el tránsito y fué una transversostomía, más indicada para el objetivo la que obtuvo el éxito quirúrgico final.

RECTITIS ACTINOGENETICA

Las complicaciones rectales por radioterapia son habitualmente tardías y se presentan entre 3 y 5 meses después de suspendido el tratamiento.

Existen 5 tipos clínicos principales de complicaciones: a) rectitis hemorrágica a partir de lesiones telangiectásicas y edema marcado de la mucosa; b) ulceraciones rectales con intenso dolor y tenesmo; c) estenosis rectal cicatricial en

las zonas necrosadas; d) necrosis de la pared rectal con extensas lesiones y pérdida de la continuidad del órgano y e) fistulas rectovaginales y rectovesicales.

La derivación intestinal, especialmente indicada en el transverso, es la base del tratamiento de estas graves complicaciones principalmente de la estenosis²¹⁷ y de la necrosis rectal¹⁸³.

Hemos tenido oportunidad de tratar 2 enfermas con estenosis rectal que mediante colostomía de Wangensteen en el transverso, se obtuvo reposo local y la posibilidad de efectuar dilataciones y de aplicar agentes terapéuticos locales que llevaron a la recuperación. Otra enferma con ulceraciones rectales fué tratada mediante transversostomía de Wangensteen con éxito. Sin embargo, en un 4º caso, también tratado con transversostomía de Wangensteen, el cierre de la colostomía ocasionó una obstrucción del transverso que trató de solucionarse con cecostomía sin lograr salvar la enferma.

Friedman¹⁷⁷ ha logrado determinar que la colostomía, mediante la derivación fecal, previene las ulceraciones intestinales provocadas por la radiación (radium), lo que demostraría que el intestino, alterado por la acción del radium, desarrolla lesiones ulcerativas por acción desencadenante de las heces sobre la mucosa.

FISTULAS

El tratamiento es diferente cuando se trata de fistulas del colon derecho transverso y descendente que cuando asientan en el colon distal, es decir, en el sigmoideas, rectosigmoideas y anorrecto.

La región *rectosigmoidea* puede ocasionar fistulas por procesos muy variados: diverticulitis, granuloma inespecífico, colitis ulcerativa, cuerpos extraños, procesos inflamatorios vecinos, intervenciones quirúrgicas, radioterapia, endometriosis, etc. Pueden comunicarse al exterior o a órganos vecinos como vejiga, útero y vagina. En todas sus formas, junto al tratamiento general, está indicada la derivación del tránsito colónico, especialmente en una etapa previa al tratamiento mismo del proceso fistuloso, para defender esta acción quirúrgica. El ideal es ubicar la colostomía en el transverso, pues no estorbará las maniobras operatorias.

Los beneficios de este proceder se han captado en 4 casos de enfermas con fistula sigmoidea consecutiva a traumatismos operatorios ginecológicos, especialmente sobre el anexo izquierdo, que se trataron con colostomía de Wangensteen antes de reparar el sigmoideas, obteniendo un campo limpio en un colon desfuncionalizado², 6.

Con un tratamiento general bien llevado y con el uso de la antisepsia colónica puede efectuarse con riesgo menor que antes, la colostomía simultáneamente con la reparación de la fistula¹⁵⁵, es decir, en un sólo acto quirúrgico se

trata la lesión y se desfuncionaliza el colon en una zona ubicada por detrás del proceso fistuloso: sigmoideas o transverso.

Se han observado tres casos de fistulas sigmoideas por procesos no ginecológicos. Uno de ellos, a partir de una anastomosis término-terminal por resección segmentaria en que por falla de sutura se instaló una fistula interna. En los otros dos casos a partir de colostomía sigmoidea, complicada con estrechez y retracción, se produjo una fistula externa. Los tres pacientes fueron reparados operatoriamente con éxito bajo la acción defensiva de una colostomía de Wangensteen²⁰².

Los procesos fistulosos múltiples de la región *anorrectal*, sean isquionales o pelvirrectales y aquellos simples, pero difíciles de tratar y que se complican espontáneamente o con el tratamiento operatorio necesitan en ocasiones de técnicas reparadoras que deben ser defendidas por derivación intestinal. Esta derivación, dado que las lesiones son muy bajas, puede efectuarse en el colon descendente y sigmoideas o bien, en el colon transverso. Se ha podido seguir este criterio en un muchacho que 2 meses después de una apendicectomía consultó por fistula anorrectal. La exploración quirúrgica y el estudio radiológico de la fistula revelaron que el trayecto comunicaba el espacio isquional con el pelvirrectal derecho, estableciendo una relación anatómica con el polo cecal, de donde probablemente nació la fistula. La gran resección a que fué sometido, dejó una incontinencia esfinteriana total, lo que sumado a la invasión por materias fecales de la zona operada, obligó a efectuar una transversostomía de Wangensteen. Ello permitió el cierre de la herida operatoria y la reparación quirúrgica del esfínter, recuperando casi totalmente su función, todo esto gracias a la limpieza lograda en la región rectosigmoidea.

La fistula *cecal* se ha observado como complicación de apendicectomía en 2 casos y ha sido tratada según la técnica preconizada por Matus²⁰¹.

En las fistulas *gastroeyunocólicas* y *gastrocólicas* se ha indicado la cecoastomía derivativa como tiempo previo a la reparación operatoria definitiva, con éxito especialmente en los enfermos con mal estado general.

SIGMOIDITIS

Existen formas graves de sigmoiditis, como la *flegmonosa* de etiología poco clara que la hemos observado en 2 enfermos. En uno de ellos se procedió a la exteriorización del sigmoideas mediante laparotomía media infraumbilical que se transformó en fistula estercorácea y obligó a resolverla con una transversostomía de Wangensteen. Esta complicación de la sigmoidostomía en la línea media y se debe a que el asa queda en una posición anómala con el meso traccionado. El otro caso fué tratado con resección sigmoidea y protección mediante colostomía en el transverso.

La *perisigmoiditis* que generalmente se debe a lesiones ginecológicas puede ocasionar obstrucciones o perforaciones. Hemos observado un caso que obligó a recurrir a la transversostomía además de la reparación quirúrgica local.

ABSCESOS Y FLEGMONES PELVIRRECTALES

Los procesos supurativos que se colectan en el espacio pelvirrectal son esencialmente graves, tienen el peligro de invadir el peritoneo y alteran profundamente el estado general. Junto a los antibióticos debe procederse a la derivación del tránsito intestinal sea en el colon transverso o sigmoides, en el tratamiento de estas afecciones. El colon transverso ofrece mayor facilidad operatoria y más lejanía del proceso supurativo. Hemos usado exitosamente la transversostomía de Wangensteen en la solución de un flegón pioestercoráceo del espacio pelvirrectal³.

ESTENOSIS POSTOPERATORIA

La resección primaria con anastomosis término-terminal en el colon y las anastomosis rectosigmoideas al igual que las intervenciones orificiales están expuestas a la estenosis postoperatorias.

La estenosis puede ser incompleta, en cuyo caso se hace la reparación operatoria con o sin colostomía derivativa.

En otros casos, la estenosis se complica de fistula intestinal, que debe ser resecada conjuntamente con el segmento de colon estenosado. Aquí también tiene la colostomía un papel defensivo de primera importancia. Un enfermo portador de una sigmoiditis crónica por diverticulitis fué tratado con resección del sigmoides. La anastomosis se estenósó provocando una fistula intestinal externa. El paciente soportó una larga evolución con dolores cólicos intensos hasta el momento en que una colostomía de Wangensteen alivió el cuadro y permitió una nueva resección exitosa.

La estenosis puede ser también total llevando a la obstrucción aguda, cuyo tratamiento inobjetable de urgencia es la colostomía descompresiva.

En cirugía orificial se han observado 2 casos de coloproctostomía de Babcock por cáncer recto que evolucionaron hacia la estenosis subtotal, lo que obligó en ambos a la ejecución de una transversostomía. Con esta derivación se logró reposo de la zona estenosada, desfuncionalización y efectuar dilataciones diatérmicas.

C.—INDICACIONES SEGUN LA COLOSTOMIA

En este subcapítulo se darán las indicaciones de cada colostomía en particular analizando a la vez, las ventajas e inconvenientes, siguiendo un orden anatómico, a saber: apendicos-

tomías, cecostomías, ascendostomías, transversostomías (comentando las variantes más usadas), descendio y sigmoidostomías (comentando igualmente las más divulgadas) y las coloperineostomías.

APENDICOSTOMIAS

Keetley en 1894²⁶², ²⁶³ fué el primero en sugerir el uso del apéndice como drenaje para vaciar el ciego en las obstrucciones y Weir, R. F.⁴⁷¹ fué quien la ejecutó en una colitis ulcerativa.

Indicaciones:

a) Una indicación sustentada por Pauchet⁵⁶³ mantiene su valor: la apendicostomía sirve exclusivamente para efectuar lavados del intestino en casos de colitis y rectocolitis graves. Debemos agregar a esto lo siguiente: "siempre que el estado del paciente no permita hacer una colostomía y que el apéndice se cateterice, pues tiene tendencia a obturarse".

b) Podemos usar la apendicostomía también para administrar medicamentos al interior del colon.

c) Por permitir el drenaje directo del ciego, que se altera fundamentalmente en las sobredistensiones, estaría indicada como ostomía descompresiva en las obstrucciones agudas⁴⁵¹.

Creemos que la apendicostomía es suplantada con ventajas por la cecostomía y ha caído en desuso tanto porque obliga a cateterizarla, como porque suele tener posiciones de difícil acceso.

CECOSTOMIAS

El abocamiento cecal no cumple con las condiciones anatómicas y funcionales de una colostomía totalmente derivante del tránsito⁴⁸⁵. De ahí que se le considere principalmente como un medio descompresivo del colon²⁰⁸, ³⁹¹, ⁴¹⁷, ⁴⁸⁷.

Ventajas:

a) Lichtenstein²⁹¹ opina que la cecostomía tiene grandes bondades como descompresiva.

Millet¹⁶⁹ usa la cecostomía asociada a la sonda de Miller Abbott en la preparación preoperatoria del colon izquierdo para las grandes intervenciones, haciendo uso precisamente, de sus cualidades descompresivas.

b) Adquiere ventajas sobre las transversostomías cuando va seguida de colectomías segmentarias por lesiones orgánicas ya que no perturba habitualmente las maniobras operatorias dado que queda distante de la zona anagada²⁹.



c) Exterioriza la zona más débil a la acción de las sobredistensiones colónicas, ya que el ciego es mucho menos resistente que el resto del colon. Suma así al factor descomprensivo la acción defensiva de la pared cecal ante el peligro que ésta estalle en pleno peritoneo.

d) En determinados casos, la tendencia al cierre espontáneo es una ventaja, ya que evita el cierre quirúrgico. Sin embargo, por lo general esto es más bien un inconveniente.

Inconvenientes:

a) No ejerce una acción totalmente derivante como las transversostomías.

b) Allen y Welch¹¹ han observado frecuentemente el *cierre espontáneo* de la cecostomía por la tendencia escasamente derivante de este tipo de anocontranatura, factor de importancia en la mantención de ella del punto de vista funcional. En nuestra serie de 7 cecostomías un caso se cerró espontáneamente. Windham, Ellis y Latiolais¹⁷⁸ prefieren la transversostomía como operación descompresiva sobre la cecostomía, porque un alto porcentaje de las cecostomías en sus enfermos han debido cerrarse por mal funcionamiento o se han cerrado espontáneamente. Audisio²⁰ insiste en que una exteriorización amplia del ciego impide su cierre espontáneo. Rankin y Graham²⁹¹ proponen la técnica más audaz en la exteriorización cecal, con la que desaparece la tendencia al cierre espontáneo. Beardsley³⁶ aprovecha las ventajas de una cecostomía bien exteriorizada con bagueta de vidrio y el hecho de que al retirar ésta, se cierra sola.

c) Por otra parte, la cecostomía tiene desventajas derivadas del aspecto *químico y físico* del contenido que elimina. En ocasiones puede provocar pérdidas elevadas de agua y sales y consecuentemente irritar la piel vecina. Esto, a su vez, dificulta el control de la colostomía en contraposición al ano izquierdo que con deposiciones más formadas, permite controlar más fácilmente las evacuaciones. Hemos visto maceración de piel pericostómica y un caso falleció agravado por la gran deshidratación y pérdida de iones causada por la cecostomía.

d) También es necesario tomar en cuenta al indicar una cecostomía temporal, que su cierre está expuesto a complicaciones específicas. Allen y Welch¹¹ insisten en que frecuentemente han observado eventraciones, 14 de 17 cecostomías cerradas quirúrgicamente y que la infección del tejido celular subcutáneo es la regla.

Indicaciones:

Sin embargo, el balance en pro y en contra de la cecostomía no ha modificado sus indicaciones en forma trascendental. Estas son las siguientes:

a) *Obstrucciones agudas del colon*: el ciego es el sitio de menor resistencia

a las sobredistensiones colónicas en las obstrucciones distales¹²⁸. No es raro encontrar este órgano distendido, cianótico y aún estallado. Es en estos casos precisamente que la cecostomía adquiere toda su importancia^{173, 177, 210, 233, 238}, ya que, además de actuar como descompresiva permite exteriorizar el ciego dañado ahorrando así toda otra tentativa reparadora.

Las obstrucciones de urgencia han pretendido solucionarse con *cecotomía y cateterización* del ciego³⁰⁰. Albers y Smith⁹ prueban que la cecotomía con tubo de drenaje es inadecuada, elimina gases en los primeros momentos y aún horas, pero pronto deja de funcionar. Es superior el uso de cecostomías con exteriorización de la pared del órgano.

Hemos practicado la cecostomía en obstrucciones agudas sólo en un caso de estenosis del *transverso*, secundaria al cierre de una colostomía de Wangersteen.

Rack y Clement²⁸² consideran a la cecostomía como el mejor tratamiento de urgencia en las obstrucciones del *ángulo esplénico*.

Hunt^{236, 237} en las sobredistensiones colónicas por obstrucción del *colon izquierdo*, afirma que es difícil exteriorizar el transverso por las dimensiones que adquiere. Este hecho se ha observado en algunos de nuestros enfermos al practicar transversostomías de urgencia. Por ello Hunt sostiene que la cecostomía es de elección en estos casos.

b) *Obstrucciones crónicas del colon*: el valor de las colostomías descompresivas es menor en este caso que en las obstrucciones agudas, de ahí que la cecostomía pierde valor frente a la transversostomía.

La cecostomía tiene indicación incuestionable en las obstrucciones del colon ascendente, ángulo hepático y colon transverso, conservándola ante la ileotransversostomía cuando la obstrucción compromete la parte distal del colon ascendente. Becker³⁷ opina que cuando la obstrucción asienta en el ciego o ceoascendente, con válvula ileocecal incompetente, la ileotransversostomía es el procedimiento ideal; pero si la válvula es competente y hay distensión cecal, se hace la ileotransversostomía y por el cabo distal del ileon seccionado se efectúa la descompresión mediante sonda que atraviesa la válvula. El asa distal del ileon queda abocada a la pared para servir de escape colónico. Strauss es gran partidario de este sistema y Hunt^{236, 237} ha fracasado en los dos casos que ha seguido esta técnica.

Jennings²⁴⁵ y Hunt²³⁵, creen que la indicación de la cecostomía descompresiva abarca hasta las lesiones obstructivas del ángulo esplénico, especialmente considerada como tiempo previo a la exéresis, ya que una transversostomía dificulta posteriormente las maniobras de extirpación.

Se ha practicado la cecostomía en dos casos de *cáncer de recto* obstructivo e inoperable, uno de ellos con metástasis del ángulo esplénico, con buenos resultados funcionales. Dos enfermas con diverticulitis tumoral del sigmoides se trataron con cecostomía, una de ellas cerró espontáneamente. Es necesario reco-

nocer que sólo en el caso de cáncer de recto con metástasis del ángulo esplénico estaba indicada la intervención, cediendo el paso a la transversostomía como indicación en las restantes.

En las *diverticulitis*, en que es fundamental la derivación completa para obtener la regresión inflamatoria, la cecostomía tiene poco valor²⁵⁸.

Como operación paliativa previa a la exéresis en las obstrucciones crónicas, Allen y Welch¹¹ la efectúan 7 a 10 días antes de la extirpación neoplásica. Este criterio es aceptado por varios autores que aprecian el valor de la cecostomía^{206, 202, 207, 106}.

Teóricamente la subobstrucción provocada por una *poliposis difusa* del colon podría tratarse con una cecostomía; pero es de mayor valor la ileostomía ya que en estos casos es preferible practicar la colectomía total⁷.

c) *Afecciones inflamatorias del colon*: en la *colitis ulcerativa* la cecostomía adquiere importancia en las lesiones extensas del colon. Sin embargo, la ileostomía es superior, dado que la afección corrientemente abarca hasta el ciego. Además como tiempo previo a la exéresis del colon es una intervención que dificulta la colectomía. No así la ileostomía que deja el campo preparado y es en este caso definitiva. Gibson¹⁹¹ fué entusiasta del uso de un tubo de goma largo como drenaje mediante cecostomía en la colitis ulcerosa.

d) *Como medio defensivo de las suturas del colon*: la cecostomía tiene valor en las resecciones del colon transversal. Algunos autores^{245, 51, 225}, usan la cecostomía como medio de defensa de las suturas en cualquier tipo de resección colónica practicándola previa o simultáneamente a ésta, ofreciendo en el primer caso un medio derivativo, aunque no total, que no estorba las maniobras operatorias de la resección.

Por otra parte se ha usado para defender suturas efectuadas en el colon distal como sucedió en dos enfermas operadas de afecciones anexas izquierdas adheridas al sigmoide, que al ser desprendidas provocaron la ruptura de él.

e) *Heridas cecales*: es indudable que ante las heridas anfractuosas, desgarradas o aquellas cuya sutura no ofrece seguridad, está indicada la exteriorización amplia del ciego, suturando sus bordes al peritoneo parietal y a la brecha de la pared abdominal. Si la cecostomía no resulta grande, cierra después espontáneamente; en cambio, si persiste puede cerrarse quirúrgicamente una vez que el cuadro inflamatorio secundario al traumatismo haya cedido¹²¹. El mismo criterio debe usarse en las heridas anfractuosas (heridas de bala) del colon ascendente que es preferible derivar con cecostomía antes que tratar con ileotransversostomía.

f) *En las perforaciones del ciego*: la diverticulosis, aunque rara, o el divertículo aislado del ciego pueden originar perforaciones del órgano. Igualmente pueden producirse éstas en las grandes distensiones colónicas. En estas emergencias la conducta ideal es la exteriorización de las partes lesionadas obteniéndose

secundariamente una cecostomía, que defenderá además al resto del colon, cuando se trata de sobredistensiones.

g) *La torsión del ciego*: en aquellos casos en que la pared cecal se ha conservado en su mayor parte, en enfermos que no toleran una intervención resecante, está indicada la distorsión con cecostomía¹⁰⁹, la que a su vez sirve de pexia.

Resumiendo, podemos decir que la *cecostomía* tiene valor principalmente como *descompresiva* en los procesos que provocan distensión colónica y en las lesiones que asientan en el colon proximal hasta el transversal, cediendo la prioridad a las transversostomías en las lesiones distales.

El cuadro N° 4 contiene las cecostomías indicadas en nuestros pacientes anotando su objetivo funcional.

CUADRO N° 4

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Objetivo
L.P.	67	M	Diverticulitis tumoral del Sig. moide	Descompresiva y Derivante
R.F.	54	F	Diverticulitis tumoral del Sig. moide	Descompresiva y Derivante
M.S.	47	F	Cáncer de Recto	Paliativa
M.G.	61	M	Cáncer de Recto. Metástasis ángulo esplénico	Paliativa
M.P.	37	F	Obstrucción c. transversal por cierre Col. Wangensteen	Descompresiva
C.Q.	70	F	Lesión sigmoide por salpingo- oforectomía izq.	Defensa de suturas (Derivativa)
I.C.	56	F	Id. con resección Rectosigmoidea	Defensa de suturas (Derivativa)

CECO-ASCENDOSTOMIAS

La cecoascendostomía tiene indicaciones similares a la cecostomía y sus defensores argumentan que no establece una fistula ileocecal directa al exterior, alejándose de la inyección líquida que lanza la válvula ileocecal al ciego.

Sánchez Zimny¹⁰⁵ la propone en la colitis ulcerativa aprovechando la menor pérdida de líquidos y iones que produce al compararla con la ileostomía.

La *ascendostomía* se ha usado en la fistula gastroyeyunocólica por Pfeiffer y Kent^{187, 169} y con igual objetivo Bergeret y Graham^{187, 159} han usado la *angulostomía derecha*.



En este capítulo se abordan las cualidades e inconvenientes generales de las colostomías del transverso y sus indicaciones. Un análisis de las indicaciones especiales para las variedades de transversostomías sólo se justifica en las colostomías de Devine y Wangensteen, que serán tratadas independientemente. Las indicaciones de otros tipos de transversostomías se analizarán en el capítulo de técnica al hacer su descripción.

Ventajas.—

a) La característica más importante de las transversostomías en general es su capacidad *derivation*. Son las colostomías que ofrecen las mejores condiciones para exteriorizaciones amplias, porque a este nivel el colon presenta: mayor movilidad, menor calibre siempre que no exista una sobredistensión obstructiva¹⁵⁶.

b) Están situadas a distancia prudente de las lesiones del colon distal, sitio donde abunda la patología del colon, justamente de donde nacen la mayoría de las indicaciones de ano contranatura en el transverso¹⁵⁷. Cuando una colostomía queda ubicada en la vecindad del proceso causal, generalmente se presentan dificultades en la exteriorización.

c) Glenn¹⁵⁶ insiste en que las transversostomías además de la amplia movilidad, mantienen intacto el colon ascendente y parte del transverso con lo que las evacuaciones son más formadas y hacen de esta ubicación el ideal en este sentido.

d) Otra ventaja de particular interés es la menor tendencia al desequilibrio hidrosalino, factor determinante en la menor mortalidad de estas colostomías⁹.

e) Aquellas que ofrecen un cabo distal y la posibilidad de introducir por él un cateter, permiten el estudio radiológico del colon izquierdo, irrigaciones y aplicación directa de antibióticos electivos en la región amagada, especialmente cuando se va a efectuar una resección o se trata de procesos inflamatorios reversibles.

La acción de los antibióticos administrados directamente por el cabo distal de una colostomía es intensa y prácticamente aseptizan el intestino distal. Esto se observó en una enferma portadora de una colostomía de Wangensteen previa a una resección del sigmoides por cáncer obstructivo. La introducción de una sonda por el cabo distal permitió recoger muestras del contenido del colon descendente, efectuar cultivos y antibiogramas que revelaron sensibilidad mayor a la aureomicina. La administración de la droga directamente por la sonda al colon izquierdo hizo desaparecer de éste las colonias microbianas al cultivo.

Inconvenientes:

Las transversostomías tienen sus puntos débiles y se les puede adjudicar algunas objeciones:

a) Desde luego, todas necesitan del cierre quirúrgico, a menos que sean definitivas lo que es raro, que es incuestionablemente otra operación. Sólo la apendicostomía y la cecostomía con tubo de drenaje tienen tendencia casi invariable al cierre espontáneo.

b) Una transversostomía no permite hacer conjuntamente una exploración de las características de un tumor o de un proceso obstructivo en forma amplia y segura, salvo en la colostomía de Devine o cuando se exteriorizan a través de una laparotomía mayor que sirve de exploradora.

c) La desfuncionalización, excepto en aquellas que dividen el colon (Devine, Esperne, etc.), no es cien por ciento total, y siempre queda la posibilidad de que cierta cantidad de contenido fecal pase al cabo eferente.

d) Se ha insistido en que si bien es cierto, las deposiciones son más formadas que en el colon derecho, quedan en desventaja al compararse con las colostomías del colon izquierdo¹⁵⁰.

e) La transversostomía con carácter de definitiva tiene la desventaja de que con el tiempo tiene gran tendencia a desarrollar eventraciones.

f) Dejan un segmento de colon distal que nunca puede asearse suficientemente cuando existen subobstrucciones u obstrucciones. Queda allí un bolsillo ciego que reserva materias fecales a pesar del uso de irrigaciones, hecho de primordial importancia que empeora el pronóstico de una resección.

g) Dificultan las maniobras de extirpación cuando existen lesiones obstructivas del ángulo esplénico o del colon descendente alto. Esto es especialmente importante en las obstrucciones neoplásicas malignas, pues impiden las resecciones linfáticas ampliadas²²¹.

h) En las sobredistensiones por obstrucción aguda se hace difícil exteriorizar el transverso, por lo que Maynard y Turell²²¹, ante resultados iguales en cuanto a morbilidad portoperatoria entre la cecostomía y la transversostomía, prefieren la primera por ser más fácil de ejecutar en esta emergencia.

Indicaciones:

a) *En los procesos tumorales inflamados:* las propiedades derivativas de las transversostomías permiten la deflución de tumores que a la exploración aparecen "fijados" por el proceso inflamatorio. A primera vista han sido inextirpables y no se ha podido formular un diagnóstico etiológico. La acción de la colostomía cambia habitualmente en forma integral el aspecto del proceso, permitiendo al desaparecer la fijación y resto del componente inflamatorio, un juicio más exacto sobre la terapéutica definitiva.

b) *Defensa de las resecciones del colon*: la transversostomía por ser principalmente derivante protege integralmente las suturas.

Su ubicación permite intervenir holgadamente en el colon distal, como sucede en las rectosigmoidectomías, expuestas a dehiscencia de suturas por la mala calidad del cabo distal; en los telescopajes según la técnica de Babcock, en las amputaciones por cáncer de recto y en las operaciones plásticas sobre el esfínter para tratar incontinencias que frecuentemente exigen la derivación fecal.

La transversostomía puede efectuarse simultánea o previa a la resección, siendo la segunda forma la más indicada, ya que permite preparar el colon para la intervención a través de la colostomía a la vez que ésta evacúa el contenido fecal. Conjuntamente una derivación previa permite resolver fijaciones tumorales que a la postre logran ser reseçadas por la acción deflucionante de la colostomía, que facilita las maniobras operatorias.

Las resecciones suelen ser varias, en etapas sucesivas. La colostomía se mantiene como protectora de las anastomosis hasta que los controles radiológicos establezcan que se ha conseguido el objetivo terapéutico.

La defensa de las anastomosis adquiere mayor valor en aquellos casos en que los cabos suturados quedan tensos por la amplitud de las resecciones o en aquellas suturas efectuadas en zonas de irrigación deficiente, como sucede en el colon sigmoideo distal, en el sitio de unión del territorio de las arterias sigmoideas con la hemorroidal superior.

c) *Obstrucciones agudas*.— La cecostomía que fué muy aceptada como colostomía descompresiva mantuvo, sin embargo, una mortalidad del 50% en las obstrucciones con distensión marcada, porque no es totalmente derivante, hecho demostrado por Wangensteen¹⁶⁶ y Campbell⁸⁶ y aún con cifras más altas por Coller y Ransom¹⁰⁸. En cambio la transversostomía resuelve el problema prácticamente sin mortalidad en manos de muchos autores^{128, 156, 37}. Sin embargo, de la revisión de los inconvenientes de las transversostomías en las obstrucciones con gran distensión, se deduce la dificultad en exteriorizar esta zona del colon por su gran calibre adquirido. Este hecho más la igual morbilidad postoperatoria, según lo han destacado recientemente Maynard y Turell²²⁴ entre la cecostomía y transversostomía en las obstrucciones agudas por diversas causas (cáncer, diverticulitis, vólvulo sigmoideo, linfogranuloma) hacen difícil decidir la elección entre una y otra técnica. Podemos decir que hemos usado a larga mano y con gran preferencia la transversostomía.

d) *Obstrucciones crónicas*. El cáncer del colon y recto ocasiona la mayoría de las obstrucciones crónicas. Hunt²³⁵ afirma que la transversostomía reúne las mejores condiciones para solucionar la obstrucción por cáncer en el colon izquierdo y distal.

La *diverticulitis tumoral* que se desarrolla habitualmente en el sigmoideos y descendente es idealmente tratada mediante transversostomía.

El *granuloma inespecífico* cuya ubicación habitual es en el sigmoideos debe también ser tratado mediante ano contranatura en el transversos.

En la *estenosis postoperatoria*, dado que la región que con más frecuencia que da estenosis por resecciones segmentarias es el descendente y sigmoideos, es el transversos el sitio ideal para colostomizar y controlar la estenosis a la vez que favorecerá la resección reparadora.

En la estenosis por *linfogranuloma venéreo*, el objetivo principal es el reposo de la zona inflamada. La derivación facilita a la vez el uso de bujías dilatadoras en algunos tipos de estrechez. Con la derivación se obtiene disminución del dolor y de la descarga de secreción a la vez que una notable mejoría del estado general, porque al regular sus evacuaciones el enfermo se alimenta mejor. Hemos practicado en varios pacientes la colostomía de Wangensteen en el transversos conjuntamente con el uso de dilataciones diatérmicas y estrógenos con buenos resultados²⁴³. La ubicación en el transversos está dada por la eventualidad de que el sigmoideos esté comprometido por el proceso linfogranulomatoso y ser un mal sitio para ano contranatura.

En la *estenosis de las descendostomías y sigmoidostomías* en que, muchas veces porque el proceso es de curso obstructivo agudo o porque no vale la pena reparar la estrechez de la boca en la misma región, se ha indicado con éxito la transversostomía.

e) *Deflución y defensa del colon en procesos destructivos*.

En la *colitis ulcerativa* tiene la transversostomía dos indicaciones principales: 1) como primera etapa en la colectomía total por segmentos sucesivos y 2) como colostomía permanente en la hemicolectomía izquierda.

En la *rectitis actinogénica*, la transversostomía, como en el caso de la rectitis por linfogranuloma venéreo, es ideal por su lejanía del proceso, que puede comprometer el recto y el sigmoideos, en cuyo caso una colostomía a este nivel sería desastrosa.

En los procesos *fistulosos y abscesos* distales: recto-cutáneos, recto-vaginales, sigmoideo-cutáneos, sigmoideo y recto-vesicales y en los abscesos pelvirectales graves, la transversostomía, especialmente las de fácil ejecución como la de Wangensteen, está indicada porque no expone al paciente a una gran intervención aportando todas sus ventajas.

Las *perforaciones colorrectales*, dada su ubicación preferentemente distal desde el sigmoideos hasta el recto-ano, sean por diverticulitis, cáncer o traumatismos deben ser tratadas con transversostomía.

Los *traumatismos del colon y recto*, especialmente ubicados en las zonas no exteriorizables, tienen en la colostomía transversa un complemento terapéutico valioso. Estos traumatismos pueden ser muy variados: heridas de bala, heridas por arma cortante, estallidos, accidentes endoscópicos, colpotomías posteriores, accidente por raspado uterino, y lesiones por fragmentos óseos en las fracturas pelvianas.

l) En el *vólvulo del sigmoides* la transversostomía como complemento de la destorsión se ha puesto de actualidad después de los trabajos de Correa Nêto, Swenson y otros siempre que el asa sigmoidea volvulada no presente trastornos tróficos graves.

COLOSTOMIA DE DEVINE

Conceptuada como eminentemente *derivativa* cumple en forma amplia con este objetivo^{212, 226, 227, 154}. Puede indicarse como temporal o definitiva. La técnica está planteada para una colostomía temporal en que las asas, formando un espolón subaponeurótico, recuperan su continuidad por destrucción de éste.

En general, esta colostomía está indicada para todas las afecciones que se tratan con transversostomía y sólo puede argumentarse en su contra la necesidad de efectuar una técnica más complicada para su "ejecución" y "cierre" que en otros tipos de ano contranatura.

Ventajas:

a) Asegura una desviación absoluta del tránsito.
b) Permite una exploración abdominal amplia, ya que la laparotomía central de las tres que emplea es suficientemente larga para lograr la introducción de valvas y de toda la mano. Esto tiene mayor valor en las obstrucciones agudas para avanzar en el diagnóstico etiológico: si es un cáncer con metástasis peritoneales avanzadas, la colostomía quedará como definitiva; en caso contrario, será temporal y estará destinada a lograr la deflúxión de un proceso inflamatorio o proteger una resección.

c) Es de poco peligro para el paciente. Heyd²²⁷ que es gran entusiasta de la técnica de Devine no acusa mortalidad en una publicación sobre 50 casos.

d) Provoca una desbacterización eficaz del colon, lo que es particularmente interesante, cuando existen lesiones inflamatorias tales como diverticulitis, estenosis por linfogranuloma venéreo, grandes colecciones supurativas pelvianas y en los procesos neoplásicos inflamados.

Se pueden sintetizar los cambios inflamatorios en los siguientes hechos²²⁷: 1) disminución de la hipertrofia, dilatación, edema y miositis colónica por detrás del proceso causal, 2) disminución de la cantidad de gérmenes y 3) disminución de la reacción del peritoneo local.

e) El cabo distal permite efectuar maniobras muy útiles tales como: 1) estudio radiológico del colon distal mediante la introducción de bario por el cabo cefalente, sea para determinar la naturaleza de un proceso obstructivo o para controlar las suturas en las resecciones segmentarias. 2) Uso de la sonda de Miller Abbott a través del cabo distal, propiedad que Windham, Ellis y Latio-lais¹⁸⁷ utilizan para reparar el colon izquierdo: descomprimiendo este territorio

en las obstrucciones agudas, limpiándolo mediante irrigaciones a través de la sonda y afinando el diagnóstico radiológico introduciendo por ella pequeñas cantidades de bario de menor densidad que es posible retirar después del examen.

Inconvenientes:

a) Es una colostomía, que al decir de algunos^{176, 189} tiene una técnica innecesariamente complicada.

b) Hay quienes opinan que las bocas quedan muy separadas dificultando el control de la colostomía.

c) El cierre está expuesto a las complicaciones de todas las colostomías con espolón, más aún por el hecho anatómico de estar situado profundamente debajo de la pared abdominal, lo que trae aparejado serios peligros en el momento de aplicar el clamp: compresión de intestino, mesos o epiplón, hemorragias por decúbito sobre el colon o el meso y perforaciones por comprimir elementos localizados fuera del espolón.

d) Necesita un enterotribo de forma adaptada a la colostomía, lo que no siempre se puede obtener.

e) Su cierre es demoroso y cuenta con la oclusión espontánea de las bocas cutáneas una vez destruido el espolón y restablecido el tránsito, fenómeno que a veces no se produce o es muy lento, lo que obliga al cierre quirúrgico de las bocas convertidas en verdaderas fistulas estercoráceas.

Nuestra experiencia en este tipo de transversostomía es nula, debido a que nos ha tocado vivir la época del auge de la colostomía de Wangensteen, que a nuestro juicio establece ventajas claras y precisas sobre lo colostomía de Devine, aportando sus ventajas y obviando sus inconvenientes.

COLOSTOMIA DE WANGENSTEEN

Tiene indicación como colostomía *temporal* y *permanente*.

Generalmente la indicación *temporal*, tiene como ubicación, la mitad derecha del colon transversal. Sin embargo, la hemos usado con éxito, en forma *temporal* en el colon sigmoideo.

Cuando es *definitiva*, como en el cáncer del colon distal o anorrectal inoperables y en algunas rectitis estenosantes por linfogranuloma venéreo, puede practicarse en el sigmoides, lo que favorece evacuaciones más secas y formadas que en el transversal.

Ventajas:

Creemos con muchos autores^{371, 385, 184, 87, 316, 247} que la colostomía de Wangensteen tiene grandes ventajas:

- a) Técnica fácil tanto en la ejecución como en el cierre.
- b) Acción totalmente derivante del tránsito, desfuncionalizando el colon distal. Al respecto, por el uso de doble varilla, tiene ventajas sobre las transversostomías con una sola de ellas, ya que con una varilla las bocas de los cabos aferentes y eferentes quedan cercanas, permitiendo la entrada de materias fecales al cabo distal.
- c) Puede quedar como definitiva o temporal como se ha destacado más arriba.
- d) Es posible efectuarla en cualquier zona exteriorizable del colon.
- e) Conserva la fisiología del colon y no lesiona los linfáticos, nervios y vasos sanguíneos en forma muy importante.

Inconvenientes:

Prácticamente, hasta el momento no se han planteado objeciones serias contra la colostomía de Wangensteen.

Indicaciones:

Por su fácil técnica y las cualidades ya anotadas, hace suya las indicaciones generales de la transversostomía (ver capítulo respectivo).

Esta colostomía la hemos usado de preferencia y el detalle de las indicaciones aparecen en el cuadro N° 5.

CUADRO N° 5

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Lesión secundaria	Tratamiento etiológico	Objetivo de la colostomía
O.C.	21	F	Aborto	Trauma sigmoideo	Raspado uterino	Derivación
T.A.	58	F	Anexitis izquierda	Trauma rectal operatorio	--	Derivación
S.Q.	23	M	Fractura pelvis	Trauma recto	--	Derivación
R.M.	21	F	Absceso Douglas	Trauma recto	Colpotomía posterior	Derivación
T.M.	45	M	Mega colon	--	Op. de Swenson	Derivación (protección suturas)
C.P.	40	M	"	--	"	"
J.A.	56	M	"	--	"	"

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Lesión secundaria	Tratamiento etiológico	Objetivo de la colostomía
J.S.	48	F	"	--	--	Derivación (protección suturas).
D.T.	55	F	"	--	--	"
C.M.	54	F	"	--	Op. de Swenson	"
J.B.	35	M	"	--	"	"
M.J.	60	F	"	--	"	"
J.S.	50	M	"	Estenosis post op.	Rectosigmoidectomía de Dimitriu y Stoia modif.	Descompresión
R.H.	38	F	"	Estenosis colostomía ilíaca izq.	Op. de Hartman	Derivación
N.E.	66	M	DIV. sigmoides	--	Sigmoidectomía 1 tiempo	Derivación (protección suturas)
J.C.	45	F	"	Obstrucc. sigmoides	Sigmoidectomía	Descompresión y derivación
S.C.	48	F	"	Esfacelo sigmoides	--	Derivación
A.C.	77	F	"	Obstrucc.	Sigmoidectomía	Descompresión y derivación
A.G.	50	M	Hernia epigástrica	Estrangulación c. transverso	Exteriorización c. dañado	Derivación con exteriorización conjuntas
O.E.	32	F	CS	--	Sigmoidectomía un tiempo	Derivación (protección suturas)
O.G.	40	M	CS	--	"	"
E.S.	74	M	CS	--	"	"
H.V.	71	F	CS	Dehiscencia sutura	Sigmoidectomía (sin colost. previa)	Derivación
M.A.	36	F	CR	Estenosis postop.	Op. de Babcock	"
A.A.	55	F	CCD	--	Colectomía 1 tiempo	"
H.R.	64	F	CS	--	Op. Maunsell modif.	"

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Lesión secundaria	Tratamiento etiológico	Objetivo de la colostomía
M.C.	57	F	CS	Estenosis por metástasis	Sigmoidectomía 1 tiempo	Derivación "
R.B.	23	F	CS	Metástasis (inop.)	"	Paliativa
C.G.	40	F	CR	Estenosis	"	Descompresión
B.E.	59	F	CCD	"	"	Paliativa
A.G.	46	F	CS	"	Inoperable	"
R.O.	55	F	CA	"	"	"
J.M.	46	M	CR	"	"	"
D.M.	72	F	CA	"	"	"
M.C.	43	F	CA	"	"	"
D.G.	42	M	CR	Obstrucción	Op. de Miles	Descompresión
M.S.	60	F	CR	"	"	"
R.N.	31	F	CR RE	"	Inoperable	Descompresión y derivación
R.L.	54	F	Cáncer uterino irradiado	RAG	Emolientes	Derivación
A.A.	28	F	"	"	"	"
E.C.	31	F	"	"	"	"
M.P.	37	F	"	"	"	"
G.D.	34	M	Granuloma inespecífico sigmoides	Obstrucción	Sigmoidectomía 1 tiempo	"
N.N.	50	F	"	"	"	"
E.O.	36	F	Ft sigmoidea y recto vaginal	"	"	"
O.R.	18	M	Ft anorrecto pelvirrectal	Incontinencia esfinteriana	"	"
A.R.	35	F	Anexitis izquierda	Fístula sigmoides	Sutura	"
E.G.	50	F	anexitis izquierda	Fístula sigmoides	Sutura	"

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Lesión secundaria	Tratamiento etiológico	Objetivo de la colostomía
L.V.	20	F	Anexitis izquierda	Fístula sigmoides	"	Derivación
N.N.	50	F	Quiste ovario	"	Sutura	"
N.N.	40	M	Flegmón pioestercó ráico pélvi rectal	"	Drenaje	"
C.B.	66	M	Colon descen de enf. de Crohn	Obstrucción	"	Descompresión
H.A.	40	M	CS	Metástasis ano ilíaco	"	Paliativa
J.Z.	40	M	Torsión sigmoides	Año Mikulicz estenosado	Sigmoidectomía Mikulicz	Descompresión y derivación
F.B.	44	F	CS	"	Sigmoidectomía	Derivación
A.A.	55	F	CCD	"	Colectomía segmentaria	Derivación
R.G.	63	F	CCD	"	"	"
R.A.	68	M	CS	Obstrucción	"	Descompresión
A.V.	17	F	CR	"	"	Descompresión y paliativa
J.B.	67	M	CR	"	"	"
A.G.	40	M	CCD	"	Colectomía segmentaria	Derivación
C.C.	47	F	NF	R. E.	Dilatación	Derivación
M.G.	46	M	NF	"	"	"
S.F.	26	F	NF	"	"	Paliativa
M.C.	30	F	NF	"	Dilatación	Derivación
A.L.	30	F	"	"	"	"
M.G.	40	F	"	"	"	"
M.M.	40	M	"	"	"	"



Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Lesión secundaria	Tratamiento etiológico	Objetivo de la colostomía
J.G.	26	F	N.F.	R. E.	Dilatación	Derivación
E.S.	31	F	"	"	--	Paliativa
O.M.	42	M	"	"	Dilatación	Derivación
A.V.	49	M	"	"	--	Paliativa
E.G.	37	F	"	"	Dilatación	Derivación
L.C.	42	M	"	"	--	Paliativa
E.M.	38	F	"	Sigmoiditis	--	"
G.M.	43	F	"	RE	--	"

DIV: Diverticulitis.

CS: Cáncer sigmoides.

CR: Cáncer recto.

CCD: Cáncer colon descendente.

CA: Cáncer ano.

RE: Rectitis estenosante.

RAG: Rectitis actinogenética.

Ft: Fístula.

NF: Nicolás-Favre.

Total 76 casos

DESCENDOSIGMOIDOSTOMIAS

Con el mismo plan de exposición que en las transversostomías analizaremos las ventajas e inconvenientes de esta ubicación y sus indicaciones. En forma especial se analizarán las indicaciones de la colostomía de Mikulicz, izquierda temporal e izquierda definitiva.

Ventajas:

a) Se ubican en una zona de colon movilizable. La amplitud del meso sigmoides permite hacer exteriorizaciones fáciles sin necesidad de traccionar el asa colostomizada. Esto es muy importante en la colostomía definitiva, dado que debe mantener, teóricamente por tiempo indefinido, condiciones tróficas adecuadas a su función.

b) Asientan en sitios frecuentemente portadores de lesiones: diverticulitis, megasigma, etc., lo que hace posible atacar directamente la lesión primaria sea

con: 1) exteriorización colostómica, en las perforaciones o traumatismos; 2) resecciones extraperitoneales (concepto que rige la op. de Paul-Mikulicz) dejando una colostomía en doble caño; 3) ano contranatura que permite descomprimir el colon, que se puede practicar en forma de asa simple y que estaría indicado en el vólvulo sigmoideo sin alteraciones tróficas importantes.

Jennings²⁴⁵ apoya este criterio al sustentar que es la sigmoidostomía la mejor derivación para lesiones sigmoideas y rectales no obstructivas.

c) La posición de la colostomía es adecuada para su cuidado y control.

d) El aspecto físico y químico de las evacuaciones se adapta mejor para el control de la colostomía y tiene menor acción irritante de la piel.

Inconvenientes:

a) Tienen poco valor en las *obstrucciones* agudas del colon distal, dado que quedan por debajo de la lesión o muy cerca de ella, lo que dificulta posteriormente la resección a pesar de su efecto eficaz como descompresiva.

b) No tienen el valor de las transversostomías para *defender las resecciones*. Cualquiera que sea la etiología de la lesión distal, obstructiva o no, la cercanía del ano contranatura impide las maniobras de resección. Los defensores de la sigmoidostomía la usan como descompresiva y derivativa y la retiran conjuntamente con la lesión causal, incluyéndola en la resección. Se pierde así el papel defensivo de las suturas de la anastomosis resultante, cosa que no sucede con las transversostomías.

Indicaciones:

a) *Obstrucciones crónicas*

En el *cáncer* anorrectosigmoideo, la descendosigmoidostomía es la meta obligada, sea en las exéresis abdomino-perineales o en el tratamiento paliativo. Hacen excepción en este sentido, las lesiones sigmoideas o rectosigmoideas extirpables que se tratan con resección segmentaria y la resección con telescopaje coloproctostómico.

La descendosigmoidostomía como operación previa a una resección no debe usarse, porque entorpece inútilmente las maniobras ulteriores de exéresis.

En la *poliposis* del recto con o sin degeneración, la sigmoidostomía puede ser terminal, sea en una amputación abdominoperineal preventiva o terapéutica.

En la *pseudopoliposis* por colitis ulcerativa suele usarse la colostomía terminal del descendente como resultado del primer tiempo de la panproctoclectomía, es decir, amputación abdominoperineal del recto y ano seguido de colectomía total.

Cuando una poliposis da subobstrucción distal o hemorragias no debe usarse la sigmoidostomía sino la transversostomía.

En la *rectitis estenosante* por linfogranuloma venéreo, la colostomía iliaca está indicada ante dos posibilidades: como colostomía definitiva cuando existe una estenosis intratable tubular de calibre muy estrecho y como temporal cuando se pretende dejar en reposo la región rectosigmoidea como complemento terapéutico. En la segunda indicación es preferible la transversostomía y en ambos casos es necesario establecer previamente que la zona del colon donde asentará el ano contranatura no está invadida por el proceso.

La sigmoidostomía temporal además ha sido usada en esta afección⁹⁷ para proteger resecciones rectales abdomino-endoanales o del tipo de la op. de Dimitriú y Stoia y para proteger operaciones plásticas destinadas a reparar el aparato esfinteriano y suplantarlos, cuando ha sido comprometido en las operaciones reseccantes.

b) Acción derivativa en *procesos destructivos*.

En las *perforaciones* ubicadas en el colon descendente o sigmoideo el ideal es proceder a exteriorizar la zona afectada y practicar la colostomía en el mismo sitio. Cuando las lesiones no son fijas (adheridas a los planos vecinos) se aprovechará integralmente las condiciones de movilidad de esta zona del colon. En los *cánceres inoperables perforados esta acción* se ve frecuentemente dificultada precisamente por la tendencia a fijarse, por la inflamación o invasión tumoral directa, a los tejidos vecinos. Ante la obligación de derivar el tránsito en esta emergencia, hay dos caminos para solucionar el problema: 1) cuando la lesión es fija no exteriorizable, el cabo proximal se aboca seccionado a la pared como colostomía definitiva en "un caño" que resulta ser paliativa; 2) si es movilizable, la exteriorización es sencilla y se puede hacer disponiendo los cabos en "doble caño" con o sin resección o bien sacando la lesión perforada fuera del abdomen estableciendo una colostomía en "asa simple".

En la *diverticulitis* perforada en que se puede exteriorizar la lesión debe implantarse la colostomía en el sitio lesionado. El mismo criterio vale para las perforaciones *traumáticas*, *amebianas*, por *colitis ulcerativa*, etc.

Como la perforación asienta en zona poco movilizable como es el rectosigmoideos o recto, la lesión tratará de suturarse o drenar, efectuando la colostomía derivativa en el transverso.

En los *traumatismos* del sigmoideos o descendente, cuando existen heridas anfractuosas difíciles de suturar es mejor exteriorizar y colostomizarlas.

Cuando existen lesiones en zonas fijas el criterio difiere de aquel aplicado en las perforaciones y esta vez la transversostomía cede en importancia a la sigmoidostomía derivativa ya que en los traumatismos no existe un diagnóstico más o menos preciso sobre la extensión de las lesiones, por lo que es absolutamente necesaria una laparotomía media o oblicua izquierda infraumbilicales, que permite una buena exploración pelviana. Esta laparotomía, en enfermos traumatizados que no toleran operaciones largas, debe servir para colostomizar

el sigmoideos y proteger una sutura o un drenaje aplicados a la zona distal no movilizable.

En la *rectitis actinogenética* la descendo-sigmoidostomía cede en importancia ante la transversostomía, por el riesgo de colostomizar una zona invadida por el proceso.

c) *Megacolon y sus complicaciones*.

La descendo-sigmoidostomía temporal desempeña un importante rol terapéutico, sea como una etapa intermedia en las resecciones en etapas del megacolon o bien como medio descompresivo en las torsiones del sigmoideos.

La sigmoidostomía en cañón de escopeta es la resultante de la primera etapa en la resección sigmoidea por torsión, cuando se sigue la técnica de Bloch-Paul-Mikulicz.

Las nuevas concepciones etiopatogénicas, que conducen a la resección de una zona recto sigmoidea acalásica, plantean una conducta quirúrgica diferente a la seguida hasta la actualidad en el tratamiento del megacolon y sus complicaciones. De acuerdo con ello, no es fundamental extirpar la zona megacolonizada, por lo que en caso de torsión del sigmoideos, ha renacido la idea de destorcer y fijar para hacer posteriormente la resección rectosigmoidea. Esta resección puede protegerse con transversostomía que debe efectuarse entonces conjuntamente con la destorsión. Swenson y Col.^{448, 449} prefieren practicar la sigmoidostomía en asa simple después de haber destorcido el sigmoideos, con lo que obtienen descompresión y fijación. La descompresión permite que el calibre del megasigma regrese a límites casi normales lo que facilita posteriormente la anastomosis en la resección, que incluye la zona acalásica y la colostomía.

Queda entendido que toda vez que existan alteraciones tróficas importantes por compromiso vascular, no procede la destorsión sino que la resección primaria con anastomosis término-terminal, o si las condiciones locales y generales no lo permiten, proceder con la técnica de Mikulicz.

COLOSTOMIA DE BLOCH-PAUL-MIKULICZ

Esta descendosigmoidostomía es la resultante de una de las etapas de una resección segmentaria que se practica en dos o más tiempos y que es posible efectuar no sólo en el descendente o sigmoideos sino también en cualquier zona movilizable del colon.

Bloch en 1892⁵⁸ desconcertado por la alta mortalidad (47 a 59%) de las resecciones de colon en un tiempo, propone la resección extraperitoneal para el cáncer del colon sigmoideo, colocando un tubo de vidrio en el cabo aferente. Paul en 1895^{365, 366}, aparentemente ignorando la publicación de Bloch, propone la misma técnica seguida de sección inmediata de los cabos exteriorizados [figu-

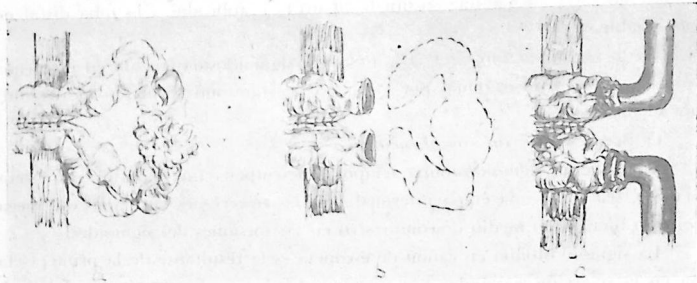


Fig. 4.— a y b) Técnica de Bloch-Mikulicz; c) Técnica de Paul.

ra 4-a-b); pero fué modificada por él, debido a que existía serio peligro de infección, proponiendo colocar un tubo acodado en ángulo recto en cada asa (proximal y distal) [Fig 4-c].

Mikulicz en 1903²²⁷, ²²⁸ citando a Bloch e ignorando a Paul, propone seccionar en forma retardada los cabos exteriorizados a las 48 ó 72 horas, logrando con ello un adosamiento previo de las barras intestinales a la pared, laxo y débil; pero suficiente para proteger el peritoneo.

La incapacidad de la técnica propuesta para lograr extirpaciones amplias la hizo perder popularidad en el tratamiento del cáncer, sin embargo, aumentó su valor como técnica para resecciones por etapas en otros procesos no neoplásicos.

Ventajas:

a) Permite una *derivación total* del tránsito como en todas las colostomías con sección del asa lo que le da gran valor en la protección de resecciones. Este efecto protector es más útil cuando esta técnica se aplica al colon transverso, pues en el colon distal dificulta las maniobras operatorias.

b) El cabo distal, por su independencia, permite efectuar lavados del intestino distal.

c) Daña menos al estado general del paciente, lo que permite emplearla en casos que no soportan largas intervenciones.

d) Cuando una lesión asienta en el sigmoides o transverso movilizable, la exteriorización y resección a lo Mikulicz, soluciona un cuadro obstructivo o traumático aportando una terapia paliativa por su acción descompresiva y una terapia definitiva al permitir la resección.

Inconvenientes:

a) Ejecución y cierre muy prolongados, ya que obliga a la formación de un tabique, a su destrucción mediante enterotribo y finalmente al cierre quirúrgico. La destrucción del espolón suele ser prolongada y no está exenta de peligros.

b) No es aconsejable en las obstrucciones agudas porque requiere muchas maniobras. Existen colostomías de ejecución más sencilla que funcionalmente cumplen una excelente acción descompresiva.

En las obstrucciones distales es también desventajosa, porque queda ubicada muy cerca de la lesión distal.

Indicaciones:

Hoy día, la técnica de Paul-Mikulicz queda reservada para las siguientes indicaciones:

a) *Vólvulo del sigmoides*: está indicada en todos los casos con mal estado general y cuando, por la torsión coexisten grandes alteraciones tróficas derivadas del trastorno circulatorio.

En nuestro país existe gran experiencia en el tratamiento del vólvulo sigmoideo con este método²², ²³, ²⁹⁶, ¹⁴⁹, ³⁹⁷, ²⁹, ³¹, ³².

Bahr³¹ admite que "esta operación casi no tiene contraindicaciones en el vólvulo del asa sigmoidea, salvo en la concomitancia con un embarazo algo avanzado".

La técnica de Paul-Mikulicz ha venido a ceder terreno ante la resección primaria que evita las etapas demoradas. La resección en un tiempo fué impulsada en nuestro país por Tello y otros²⁹⁵, ¹²⁶, después de haber sido utilizada mucho antes por Lucas Sierra, Vargas Salcedo, Alvaro Covarrubias, Constant, Johow, Matus y Prado Reyes²²¹, ¹¹¹, ²¹⁸, ³²¹, ³⁶⁶.

b) *Cáncer del colon*.

La técnica de Mikulicz tuvo gran apogeo en las resecciones por neoplasia colónica, ya que disminuía ostensiblemente el peligro de infección peritoneal; pero perdió terreno por no permitir extirpaciones amplias.

Lahey y Colcock²⁸¹ han defendido hasta hace 10 ó 15 años una modificación del Mikulicz, con amplia resección del mesocolon comprometido, como medio muy radical en las exéresis por cáncer, con la ventaja de comportarse mejor que la resección primaria con anastomosis término-terminal, en los casos perforados o sobredistendidos y en aquellos en que las condiciones circulatorias no son óptimas para la anastomosis. Además esta técnica no trae el inconveniente de la diferencia de calibre de los cabos a cerrar¹⁰⁶. Es aplicable principalmente a las resecciones del colon derecho, en cuyo caso es una ileocolostomía

en cañón de escopeta y en el cáncer del colon sigmoideo obstructivo o perforado movilizable.

Creemos sin embargo, que esta técnica debe quedar en segundo plano y sólo cuando no sea posible efectuar la resección primaria con anastomosis término-terminal.

c) *Diverticulitis.*

La op. de Mikulicz está indicada en los casos muy inflamados que no permiten una resección primaria, siempre que sea técnicamente fácil exteriorizar el colon.

d) *Perforaciones del colon y traumatismos.*

El método de Mikulicz puede solucionar fácilmente estas lesiones cuando asientan en una zona del colon exteriorizable. Suele existir, sin embargo, un proceso inflamatorio concomitante de tal magnitud que fija el intestino o retrae el mesocolon impidiendo la exteriorización.

e) Como *colostomía derivativa*, Sedgwick¹⁵ de Lahey Clinic manifiesta que la transversostomía derivativa para defender una resección del colon terminal o derivar el tránsito cuando existen lesiones cerradas o perforadas sigmoideas o rectales, no exteriorizables, la técnica de Mikulicz aplicada como transversostomía, ha logrado en sus pacientes, una excelente acción terapéutica.

En el cuadro N° 6 aparecen los casos en que hemos usado la técnica de Mikulicz, incluyendo el diagnóstico y el objetivo de la colostomía resultante.

CUADRO N° 6

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Objetivo
J.G.	50	M	Torsión sigmoideas	Resección
R.A.	60	F	" "	"
I.C.	56	M	" "	"
J.V.	50	M	" "	"
M.A.	48	M	" "	"
L.Z.	50	M	" "	"
A.M.	62	M	" "	"
J.C.	60	M	" "	"
A.S.	64	F	" "	"
E.H.	59	M	" "	"
B.D.	78	M	" "	"
E.R.	41	M	" "	"
G.J.	62	M	" "	"
P.R.	59	M	" "	"
J.R.	51	M	" "	"
D.A.	52	F	Cáncer obstructivo sigmoideas	Derivación
N.N.	40	F	Diverticulitis estenosante sigmoideas distal	Derivación
S.C.	50	F	Cáncer de recto	Derivación
C.R.	50	F	Cáncer del sigmoideas	Resección Descompresión

Total 19 casos.

Comprende todas las variedades de exteriorización del colon izquierdo cuyas técnicas estén orientadas a permitir el cierre en un plazo variable. Aunque la técnica de Mikulicz es, en una de sus etapas, una colostomía temporal, se ha tratado aparte para destacar su importancia y porque es además un método de resección y no exclusivamente una colostomía.

Además de las ventajas e inconvenientes generales a todas las descendigosmoidostomías, la colostomía izquierda temporal, tiene características propias que anotamos a continuación.

Ventajas:

a) El colon descendente y sigmoideo tiene condiciones anatómicas ideales para una colostomía temporal. El meso amplio y libre permite gran movilidad con fácil exteriorización; la longitud del colon es suficiente para practicar un cierre fácil, sea una anastomosis o una sutura.

b) Cuando existen lesiones distales del recto o rectosigmoideas, la derivación temporal obtiene delluxión, reposo y afinación del diagnóstico. La ubicación cerca del proceso causal, aunque entorpece las maniobras de extirpación, ofrece en cambio la posibilidad de limpiar el cabo distal en forma muy efectiva.

Hay autores que incluyen la colostomía en la porción reseca secundaria-mente, solucionando de una vez el problema causal y la existencia de la colostomía.

c) La ubicación distal permite exteriorizar el colon por la misma laparotomía usada en la exploración de lesiones del colon rectosigmoideo y recto, cuyo diagnóstico no se ha precisado, cuando se presenta la necesidad de efectuar una derivación del tránsito.

d) Puede quedar como colostomía definitiva cuando la evolución del proceso distal así lo exija o se haga inextirpable. Es el caso de una colostomía temporal, que por sus condiciones adecuadas para un buen control, puede quedar perfectamente como definitiva.

Inconvenientes:

a) Cuando se trata de lesiones obstructivas aparece el inconveniente del bloqueo del cabo distal, que debido a la gran septicidad del colon distal, exige irrigaciones continuadas. Si bien es cierto que esto es un inconveniente por la preocupación que necesita, es también una ventaja, ya que este mayor esfuerzo de enfermería se traduce en una limpieza muy provechosa de la zona a reseca.

b) Dificulta las maniobras de extirpación, ya que la colostomía trena al colon en una zona muy cercana al sitio enfermo.



CUADRO N° 8

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Lesión secundaria	Tratamiento
S.E.	26	F	NF	RE	Ano iliaco un caño
F.M.	30	F	"	"	"
S.F.	30	F	"	"	"
M.A.	37	M	"	"	"
A.T.	38	F	"	"	"
M.C.	40	F	"	"	"
M.S.	42	M	CR	—	Ano iliaco izquierdo con cierre intraabdominal del cabo distal
E.B.	28	F	"	—	" "
M.S.	60	F	"	—	Ano iliaco izq. un caño
M.H.	63	M	"	Obstrucción	" " (derivación y descompresión)
J.S.	40	M	"	"	" " por laparotomía propia
H.A.	45	M	CS	Inoperable	Ano colon descendente un caño
G.B.	48	F	"	"	" " "
O.B.	68	F	"	Perforación	" " "
R.V.	46	F	CR	—	Ano iliaco tipo Wangensteen

Total 15 casos.

N. F.: Nicolás Favre.
R. E.: Rectitis estenosante.
C. R.: Cáncer de recto.
C. S.: Cáncer de Sigmoides.

2) En el *linfogranuloma venéreo* con gran compromiso rectal, con estenosis infranqueable o intratable, con fistulas múltiples perineorrectales, cuya actividad esporádica altera el estado general, está indicada la amputación amplia abdominoperineal o perineo abdominal con colostomía definitiva.

3) Cuando se producen *lesiones destructivas* extensas sea inflamatorias o traumáticas con tejidos esfacelados que obliguen a la exéresis distal, dejando un ano terminal izquierdo.

En el cuadro N° 9 se presenta en forma resumida la casuística portadora de colostomía izquierda definitiva, señalando la vía de exteriorización: que puede ser la herida operatoria que ha permitido la exéresis o laparotomía propia.

CUADRO N° 9

N° de casos	Diagnóstico	Tratamiento	Tipo de Colostomía
1	Pseudopoliposis por Colitis Ulcerativa sigmoidea	Op. de Miles	Ano iliaco izquierdo a través herida operatoria
41	Cáncer de ano-recto o rectosigmoides	Op. de Miles	Ano iliaco izquierdo a través herida operatoria
2	"	Op. de Miles	Ano iliaco izquierdo a través lap. Mc Burney
1	Cáncer de recto	Op. de Lockhart-Mummery	Ano iliaco izquierdo
2	Cáncer de sigmoides	Op. de Hartman	Ano iliaco izquierdo

Total 50 casos.

COLOSTOMIAS PERINEALES
(Coloperineostomías)

Denominadas también proctocolostomías, comprenden todos los abocamientos del colon a la región perineal y sacra, siempre que no se efectúe una anastomosis por cercana al ano que sea. Por ejemplo, puede hacerse una resección rectosigmoidea y llevar el colon descendente o sigmoides a anastomosar con un pequeño cabo rectal residual; en tal caso no hablamos de coloperineostomía, se trata de una resección rectal o rectosigmoidea, en cambio si el colon es exteriorizado a través del ano (como en la op. de Babcock) se ha efectuado una coloproctostomía y cumple justamente con la definición del grupo presente.

Ventajas:

- En el cáncer rectal y rectosigmoideo permite conservar el aparato esfinteriano, evitando todas las molestias propias de la colostomía abdominal.
- Evita los problemas psíquicos de la colostomía abdominal⁹⁰.
- La proctosigmoidectomía con conservación de esfínter no aumenta la mortalidad operatoria y el porcentaje de sobrevivida a cinco y diez años es igual que con la operación de Miles o Gabriel para el cáncer de recto y rectosigmoides²⁶. Babcock y Bacon²⁷ son sus grandes defensores cuando se usa la técnica del telescopaje transesfinteriano.

Inconvenientes:

- Necesita dilatación digital de rutina en el postoperatorio para evitar estrecheces.

b) No escapa al uso de irrigaciones en el primer período, ni a la administración de dieta especial.

c) En el período postoperatorio inmediato no hay control esfinteriano y no está exenta del peligro de no recuperar este control. Lahey²⁸⁴ se muestra contrario a la coloproctostomía.

d) Todas las coloperineostomías que no conservan el esfínter o no telescopan el cabo proximal a su través, son incontinentes, como el ano propuesto por Kraske, y constituyen un problema mucho más serio para el paciente que una colostomía abdominal.

Indicaciones:

a) Babcock y Bacon^{25, 27, 28}, indican la coloproctostomía en los cánceres de recto y rectosigmoides que están ubicados sobre la válvula de Houston media, es decir a más de 8 cms. sobre la línea pectínea, casos en los cuales los territorios linfáticos medio e inferior del recto no están invadidos y por lo tanto existe indemnidad del aparato esfinteriano. Existen muchos partidarios de esta intervención^{27, 486, 228}.

Tenemos poca experiencia en esta intervención dado que los cánceres de recto en nuestro medio habitualmente ocupan la mitad inferior de la ampolla rectal impidiendo la conservación del esfínter.

b) Hemos indicado la operación de Babcock también para reparar estenosis secundaria a rectosigmoidectomías cuya sutura se ha estrechado, en que después de extirpar la zona alterada, se practicó un telescopaje del cabo proximal a través del aparato esfinteriano.

En el cuadro N° 10 se anota la casuística tratada con la operación de Babcock.

CUADRO N° 10

Caso	Sexo	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Evolución	Trat. de la complicación
N.N.	F	30	Cáncer de recto	Op. de Babcock	Buena continencia	--
M.A.	F	32	Cáncer de recto	Op. de Babcock	Obstrucción metastásica	Extirpación perineal y Colostomía de Wangenstein
L.M.	M	45	Megacolon	Op. de Swenson	Estenosis cicatricial	Op. de Babcock
J.S.	M	50	Megacolon	Op. de Swenson	Estenosis cicatricial	Op. de Babcock

Total 4 casos

c) Garat¹⁸⁸ ha practicado una *cecostomía anal* con conservación de esfínter en un caso de colitis ulcerosa, con pseudopoliposis y cáncer por pseudopólipo degenerado del recto, debiendo efectuar una rectosigmoidectomía y cecostomía anal y en un segundo tiempo la colectomía restante (ver técnica de coloperineostomías).

d) Kraske^{272, 273}, ideó la resección del cáncer del recto por vía *sacra*, dejando cuando no es posible la anastomosis al cabo distal residual, una colostomía definitiva en la parte alta de la herida. Es una mala colostomía, muy difícil de controlar, además de ser una operación que no cumple con la amplitud de extirpación a que obliga el cáncer.

TECNICAS

El estudio de la técnica de una colostomía comprende la *ejecución* y el *cierre*. El cierre sólo se aplica, como es lógico, a las colostomías temporales.

La técnica debe crear las condiciones de una colostomía eficaz. Estas son:

- a) Evacuación fácil y completa del segmento proximal del colon.
- b) Ser continente para controlar una evacuación diaria o cada 48 horas en forma espontánea o mediante irrigación.
- c) Emitir materias fecales semisólidas.
- d) Impedir el paso de materias fecales al cabo distal.
- e) No alterar la pared, la piel, ni la salud del paciente.

A.—EJECUCION

La ejecución de una colostomía comprende no sólo el acto *operatorio* mismo de la exteriorización del colon, sino también una serie de medidas previas a este acto que englobaremos en el rubro de *preoperatorio* y consecuentemente un período *postoperatorio* destinado a controlar el funcionamiento del ano contranatura y evitar complicaciones.

I.—Preoperatorio:

Debe atenderse a varios factores que son de gran importancia en la evolución de la colostomía y se aplican a todas ellas, cualquiera que sea su ubicación o técnica.

1) *Régimen alimenticio*.—Dado que al colon llegan residuos indigeribles, fáciles de eliminar o disminuir en forma importante de la dieta, debe someterse al paciente durante tres días previos al operatorio, a un régimen blando sin residuos. Puede conseguirse así junto a otras medidas un colon prácticamente limpio.

2) *Evacuación y lavados*.—Cuando no existe obstrucción esto se consigue fácilmente al administrar un purgante suave al tercero y segundo día previos al acto quirúrgico.

Puede usarse aceite de ricino en dosis de diez a quince gramos o bien pur-

gantes salinos de: sulfato de soda 15 grs. en 2 días sucesivos y fosfato de soda en dosis similar.

El lavado intestinal debe hacerse de regla en las tardes de los 3 días previos a la operación y durante un tiempo mayor en los casos de megacolon simple o con fecaloma, en que el vaciamiento se acelera mediante una proctoclistis bicarbonatada (suero fisiológico con 10 a 15 grs. de bicarbonato de sodio) esto último, cuando no ha sido imprescindible el vaciamiento manual. Hay autores que usan enemas de rivanol³³⁵.

Cuando existe obstrucción aguda o crónica nos limitaremos a evacuar la porción distal a la obstrucción con un lavado intestinal previo, inmediato al acto quirúrgico si es aguda, o uno diario en los 2 días previos a la operación.

3) *Antisepsia colónica*: nuestra experiencia hasta enero de 1955⁸ se resume en los siguientes puntos: a) cada vez es más frecuente la aparición en los exámenes copro-bacteriológicos, de gérmenes resistentes a los antibióticos y bacteriostáticos comunes. b) El antibiograma es un elemento esencial en la orientación terapéutica. Los gérmenes más frecuentemente resistentes a las drogas son: el Piocianico, el Proteus vulgaris y el Stafilococo. c) La inhibición de los gérmenes "habituales" del colon favorecen el crecimiento de hongos como la Monilia albicans. d) El trastorno de la flora provocado por las drogas ("disbacterismo") conduce a la inhibición de los sintetizadores del complejo B y vitamina K, factores que deben ser administrados en el preoperatorio y postoperatorio cuando se hace antisepsia colónica. e) La morbilidad se ha modificado fundamentalmente; pero a la vez aparece enmascarada, de aspecto subclínico, como sucede con la peritonitis, hecho que debe tenerse siempre presente. f) La droga más frecuentemente útil de las que disponemos en nuestro medio es el cloramfenicol (cloromicetina) y la neomicina es la más poderosa hasta la actualidad con un amplio espectro antibacteriano.

La experiencia referida se anota en el cuadro N° 11.

CUADRO N° 11

Afección	Casos
Cáncer anorrectosigmoideo	65
Cáncer cecoascendente	6
Cáncer transverso y ascendente	6
Enfermedad de Crohn	3
Megacolon	15
Fistula intestinal y estercorácea	9
Diverticulitis tumoral sigmoidea	2
Perforación tífica (suena)	2
Colostomía de Wangensteen	23
Total	131 casos

La dosis de las drogas aparece en el cuadro N° 12.

CUADRO Nº 12

<i>Drogas</i>	<i>Dosis simple</i>	<i>Dosis diaria</i>
Succinil sulfatiazol		
Succinil sulfadiazina	2 grs. c/4 horas	12 grs.
Ftalil sulfatiazol		
Ftalil sulfadiazina	1 gr. c/4 horas	6 grs.
Estreptomicina	0.5 a 1 gr. c/6 horas	2-4 grs.
Bacitracina	25,000 Un. c/6 horas	100,000 Un.
Cloramfénicol	750 mg. c/6 horas	3 grs.
Polimixina B	25 a 175 mg c/6 horas	500-700 mg.
Acromicina (Tetracina o Tetra- ciclina)	250 mg. c/6 horas	1 gr.
Aureomicina	500-700 mg. c/6 horas	2-3 grs.
Terramicina	500-700 mg. c/6 horas	2-3 grs.
Eritromicina (Iloticina)	200 mg. c/6 horas	800 mgs.
Neomicina	1 gr. c/6 horas	4 grs.

Debemos agregar que la antisepsia colónica se refuerza considerablemente con la colostomía misma cuando ésta es desfuncionalizante y en especial cuando permite la administración directa al colon distal de la droga útil.

1) *Intubación intestinal*: En el preoperatorio de una colostomía puede usarse la sonda de Miller Abbott cuando existen obstrucciones agudas con gran distensión colónica. La sonda será útil entre el período que va de su aplicación hasta el momento en que se "abre la colostomía" para iniciar las evacuaciones.

II.—Operatorio:

1.—ASCENDOSTOMIAS (Colon ascendente)

Esta porción incluye el ciego y llega hasta el ángulo hepático. Existen técnicas para; apendicostomías, cecostomías, ceco-ascendostomías, y ascendostomías propiamente tales.

a) APENDICOSTOMIA

Se practica una incisión pararectal derecha o una incisión en parrilla del tipo de Mc Burney. Se exterioriza el apéndice por la laparotomía de Mc Burney o bien por pequeña incisión propia, cuando se usa la pararectal¹⁵¹.

Se fija el órgano en todo su contorno al peritoneo parietal y se aboca al exterior a través del resto de los elementos de la pared abdominal. En estas condiciones el órgano puede obturarse por contenido intestinal o acodadura. Por ello la mejor apendicostomía se obtiene introduciendo un cateter que ocupa su lumen conectando directamente el ciego al exterior.

García Capurro¹⁹² ha propuesto lo que él llama apendicostomía ensanchada que consiste en seccionar el apéndice cerca de su base, introducir por este cabo un cateter que se invagina junto con el apéndice restante y se fija con doble jareta concéntrica en la base cecal. El ciego se sutura al peritoneo parietal con puntos aislados. Dice que la ventaja principal está en que la base apendicular es la zona más firme disponible en el ciego y que una vez retirado el cateter, la fístula resultante se cierra pronto y espontáneamente.

b) CECOSTOMIAS (Tiflostomías)

La técnica de una cecostomía puede pretender 2 objetivos: a) *Derivativo* o *Desfuncionalizante* en que la cecostomía puede estar destinada a ser *permanente* y b) *Descompresivo* en que casi siempre es *temporal*.

Existen diversas técnicas que han recorrido el camino de la perfección en el siguiente orden: exteriorizaciones económicas simples con o sin fijación a la pared, adición de tubos de drenaje de diversos modelos y por último, la exteriorización amplia que, al decir de algunos autores^{391, 29}, cumplen en mejor forma la derivación total y aún impiden el cierre espontáneo.

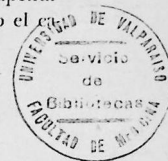
Revisaremos las técnicas más conocidas en forma sucinta en el orden de perfección ya enunciado.

*Método de Pillore*²⁷². Este autor fué el primero que practicó la cecostomía en 1776^{431, 100}.

Mediante laparotomía de Mc Burney exterioriza un cono de ciego de su porción más declive [Fig. 5]. Fija la pared al intestino mediante puntos separados. En el vértice del cono practica una jareta en cuyo centro abre el asa por donde introduce una sonda Nélaton calibre 20 al 30.

Puede además abrirse ampliamente el cono suturando la mucosa a la piel. Es poco derivante y tiene tendencia al cierre espontáneo.

Método de Desmarest, descrito detalladamente por Pauchet³⁶³. Exterioriza un cono de ciego como en la técnica anterior; pero su base la abraza con un clamp de coprostasia. Fija la piel a la pared cecal sin sacar el clamp y por encima de sus ramas en ambos extremos [Fig. 6]. Mediante jareta en el vértice del cono introduce un tubo de Paul. Posteriormente saca el clamp y termina el cierre de piel en los extremos de la herida: uno por donde ingresa el clamp y el otro por donde allora su extremidad distal [Fig. 7].



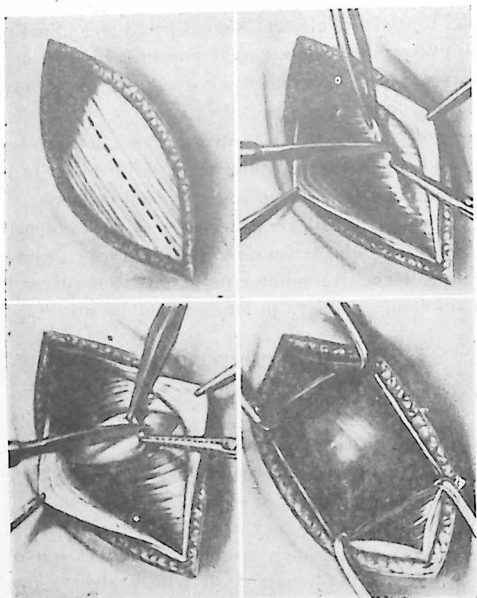


Fig. 5.—Laparotomía de Mc Burney para la Cecostomía de Pilloire (GOSSET).

Como en el método de Pilloire esta cecostomía cumple mejor con las condiciones de un ano contranatura temporal.

Método de Leibovici y Gosset, citado por Gosset²⁰⁸, practican un cono cecal fijado a los planos parietales independientemente, con lo que obtienen una buena impermeabilización hacia la cavidad abdominal. Mediante jareta apli-

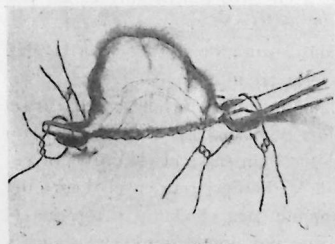


Fig. 6.—Cecostomía de Desmarest.

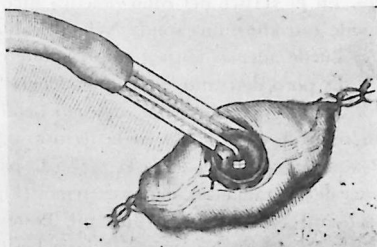


Fig. 7.

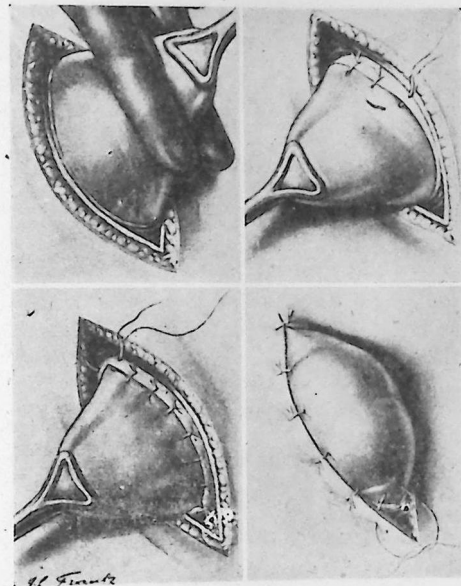


Fig. 8. a.—Tiempos de la operación de Leibovici y Gosset (GOSSET).

can un tubo de Paul. Los tiempos aparecen magistralmente ilustrados en las figuras que reproducimos [Fig. 8, a y b].

*Método de Gibson*¹⁹⁴. Consiste en exteriorizar el ciego parcialmente, al que se aplica una sonda con un casquete que la mantiene retenida en el lumen cecal. La fijación se detalla en la figura N^o 9.

Allen y Welch¹¹ modifican el tubo de drenaje usando una cánula de vidrio en ángulo recto cuyas ramas se adaptan a tubos de goma; uno se introduce en el ciego, al que se lo fija mediante tres jaretas sucesivas, la primera de las cuales atraviesa la pared del tubo de goma; la otra rama se conecta a un sistema de aspiración o se usa para efectuar lavados del colon en el postoperatorio. El tubo de vidrio llega hasta el peritoneo por dentro del tubo de goma para evitar su acodamiento.

Método de Witzel y Hendon: usado por Rankin y Graham²⁰⁹, quienes emplean una sonda de Pezzer introducida en la pared cecal fijada con jareta, que después se acuesta sobre el ciego a la manera de Witzel (método de Hendon)²²³.



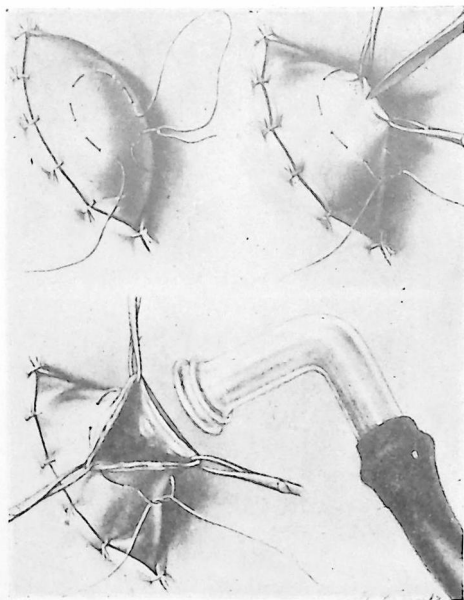


Fig. 8. b.—Tiempos de la operación de Leibovici y Gosset (GOSSET).

Los autores seccionan la ampolla de la sonda de Pezzer para obtener mejor drenaje como se observa en la figura N^o 10. Si existe dificultad para extraerla, se secciona al ras de piel y el extremo distal se empuja hacia el lúmen del ciego, eliminándose por vía colónica.

*Método de Bacon y Ross*²⁸. Estos autores usan la cecostomía exclusivamente como descompresiva. Introducen en el polo cecal una sonda de Nélaton N^o 26 fijada mediante dos jaretas concéntricas, sin exteriorizar el órgano. Sobre la pared cecal cierran el peritoneo, fascia y piel. En las sobredistensiones cecales evacúan el órgano mediante aguja hipodérmica antes de practicar la cecostomía.

*Método de Rankin y Graham*²⁹². Es una técnica con gran exteriorización del ciego, con decolación seccionando la hoja parietocólica derecha hasta dejar el ciego dependiente sólo del mesocolon, a través del cual se pasa una varilla de vidrio o un tubo de caucho, dejando así exteriorizado el ciego. No necesita sutura a la pared y debe protegerse la entrada al peritoneo mediante gasas pericelostómicas [Fig. 11].

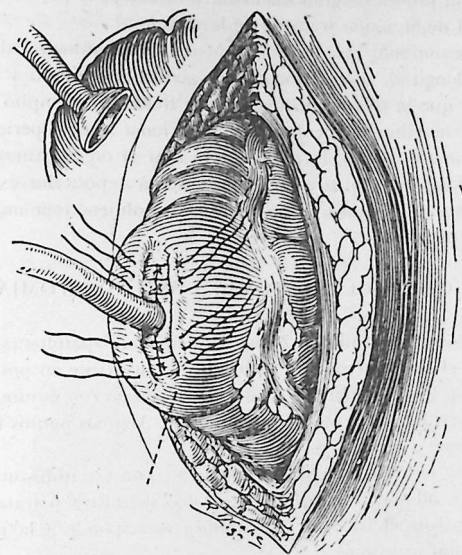


Fig. 9.—Método de Gibson (RANKIN, BARGEN y BUIE).

Si existe indicación de descomprimir se aplica un cateter tipo Pezzer durante 48 horas, después de las cuales, se abre el ciego para derivar ampliamente su contenido.

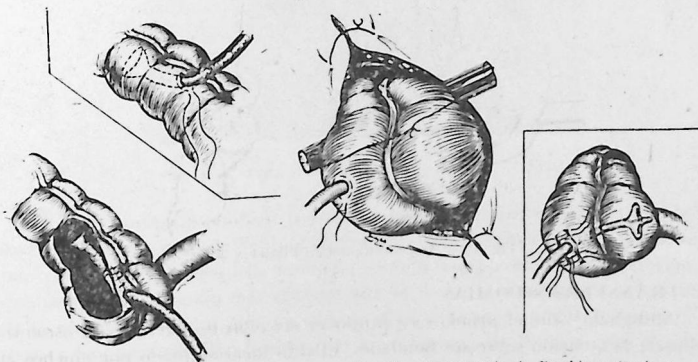


Fig. 10.—Cecostomía de Witzel y Hendon (RANKIN y GRAHAM).

Fig. 11.—Cecostomía de Rankin y Graham (RANKIN y GRAHAM).

Si se usa un cateter de gran diámetro, puede dejarse por más tiempo para proteger la piel de la acción irritante de las heces.

*Método preconizado por Audisio*²⁰. Mediante laparotomía de Mc Burney de 8 cms. de longitud, se exteriorizan las abolladuras infero y súpero externas, de manera que la válvula ileocecal quede frente a un amplio lúmen de colon. El ciego se moviliza suficientemente al seccionar la hoja perietocólica derecha y los ligamentos cecales, lo que permite fijar el órgano fuera de la pared mediante un clamp que incluye las tenias anterior y posterior externas. Se sutura la pared cecal al peritoneo y aponeurosis y se obtiene una amplia boca que no tiende a cerrarse.

c) CECOASCENDOSTOMIA Y ASCENDOSTOMIA

Cecoascendostomía.—Sanchez Zimny¹⁰⁵, mediante laparotomía de Mc Burney exterioriza el ciego ascendente decolado y lo mantiene en posición mediante tubo de goma. Las asas aferente y eferente se adosan con escasos puntos entre las tenias como en las colostomías en doble barra. Algunos puntos fijan la serosa al peritoneo parietal y piel.

Una semana después se secciona totalmente con electrobisturí el asa, quedando dos cabos adosados. Puede dejarse como definitiva o tratarse con enterotribo y reconstruir el tránsito. Esta técnica corresponde a la propuesta por Maydl en el colon transverso²²³.

Ascendostomía.—Pfeifer y Kent^{187, 189}, han practicado la ascendostomía circunferencial, adosando los cabos adjuntos del colon derecho seccionado [Fig. 12].

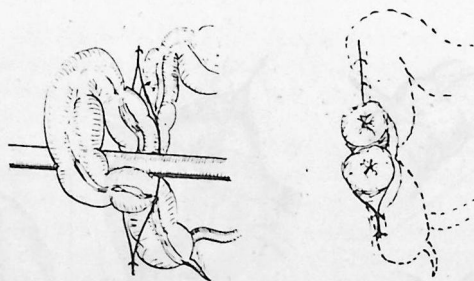


Fig. 12.— Ascendostomía de Pfeifer y Kent.

2.—TRANSVERSOSTOMIAS

Allingham¹⁴ fué el primero en proponer el colon transverso para ostomizar y llamar la atención sobre sus bondades. El sitio ideal aceptado por muchos autores es la mitad derecha del transverso^{150, 226, 128, 167}.

La laparotomía se adapta a las modalidades de cada técnica, aunque en general es preferida la incisión transversal sobre el recto anterior derecho, entre el ombligo y el apéndice xifoides.

a) COLOSTOMIA DE MAYDL

Este autor fué el primero en proponer la exteriorización del colon, fijándolo mediante sonda de caucho transmucocólica, obteniendo así dos cabos cercanos, adosados mediante algunos puntos sero-serosos²²³ y abriendo el asa transversalmente.

Glenn¹⁹⁶ propone la misma técnica abriendo el asa longitudinalmente [Fig. 13].

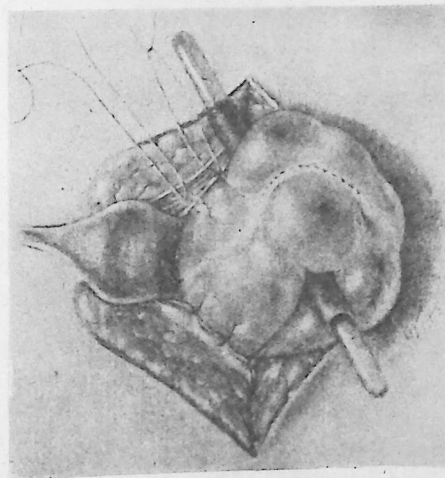


Fig. 13.— Transversostomía de Glenn (JENNING).

Rafal²²³ propicia también la colostomía anterior; pero usa un tubo de ensayo envuelto en tubo de Penrose, cuyos extremos se atan con puntos que se fijan a la piel. El tubo queda montado sobre gasas, elevándolo a discreción, lo que permite un espolón más alto que deriva mejor el tránsito y a la vez impide la retracción, que se produce cuando el espolón es pequeño. En nuestra casuística hay ejemplos de retracción de la colostomía de Wangensteen debido a este factor de espolón o tabique pequeño.

b) TRANSVERSOSTOMIA DE DEVINE

La concepción de esta colostomía nace del principio sustentado por Paul en 1895^{305, 306} de las resecciones segmentarias del colon, para el cáncer, en forma extraperitoneal, aprovechando las zonas más móviles y exteriorizables del intestino grueso: el transverso y sigmoides. Así Devine en 1928¹³⁰ y 1931¹³¹ propuso una ileocoliectomía extraperitoneal movilizándolo el colon derecho para el tratamiento de los tumores del colon proximal, dejando en una primera etapa, una verdadera colostomía.

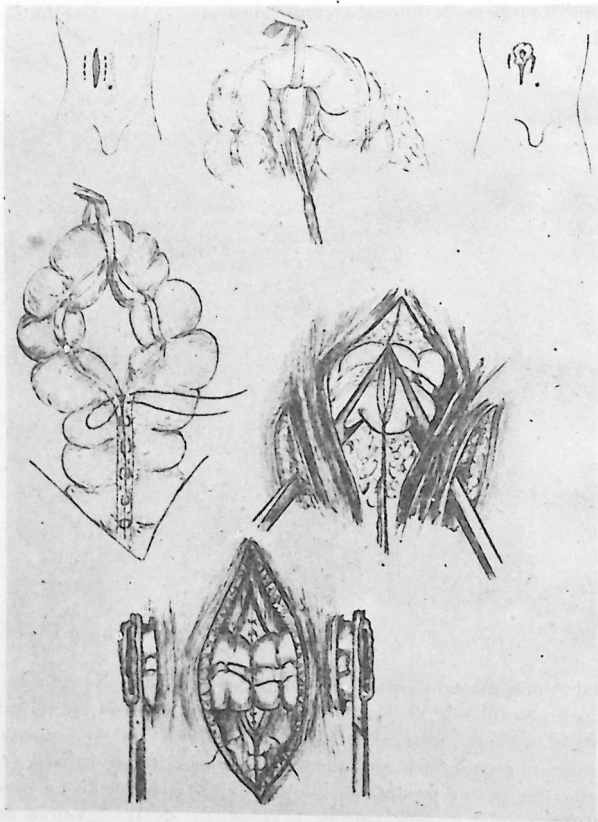


Fig. 14.— Tiempos de la Colostomía de Devine.

Esta técnica, Devine la usó también en los cánceres del sigmoides¹³³, descendente, ángulo esplénico y transverso. Esto último sirvió de inspiración a Devine para efectuar su transversostomía¹³².

La colostomía está destinada a obtener una *derivación completa*. Grey Turner²¹² destaca que sólo con la sección completa del colon puede derivarse totalmente las materias fecales.

Al decir de sus partidarios la técnica es simple. Puede efectuarse con anestesia local.

El sitio ideal para su ubicación es la parte media entre el ángulo hepático y el centro del colon transverso.

Se practica una incisión de 10 cms. sobre el recto anterior derecho hasta el peritoneo [Fig. 14]. Esta incisión es suficiente para explorar el abdomen y lo bastante pequeña para no constituir una vía o sitio de infección cuando se instale en ella el ano y para no interferir en la laparotomía de una resección posterior.

Se exterioriza el colon transverso, resecano el epiplón frente a la zona de colostomía en una extensión aproximada de 20 cms. Se tracciona mediante un tubo de goma a través del meso y se exterioriza fuera de la pared dispuesto en forma de asas paralelas que desde este momento son aferente y eferente en doble barra.

Debajo de la zona limitante de las barras se incide y abre el mesocolon [Fig. 14] en una extensión no menor de 6 cms. para impedir tracciones cuando las asas se dispongan posteriormente en forma transversal.

Las asas paralelas se suturan entre sí mediante unión de la tenia inferior con doble línea de sutura [Fig. 14].

A cada lado de la incisión primaria se hace otra de menor longitud (3 cms.), paralela a la central y a 3 cms. fuera de ella. Estas incisiones secundarias llegan en profundidad sólo hasta el tejido celular subcutáneo. Se introduce un clamp por cada incisión lateral que mediante trayecto subcutáneo llegan a tomar uno el asa aferente y el otro la eferente [Fig. 14].

Se divide el colon entre los clamps a bisturí o mediante diatermia o cauterio y se extrae cada cabo por su incisión lateral respectiva [Fig. 14], proyectándolos más o menos 2 cms. por fuera del plano cutáneo sin retirar los clamps de donde resulta un método cerrado hasta el momento. Se cierra la incisión central dejando o no drenaje en su extremo inferior.

Los clamps se mantienen in situ tres días [Fig. 15], al cabo de los cuales se retiran quedando la colostomía apta para funcionar [Fig. 16].

c) BICOLOSTOMIA DE GARAT

Este autor^{189, 191}, a raíz de la crítica al método de Devine, en que ha observado la desaparición espontánea del espolón en muchos de sus pacientes, ha

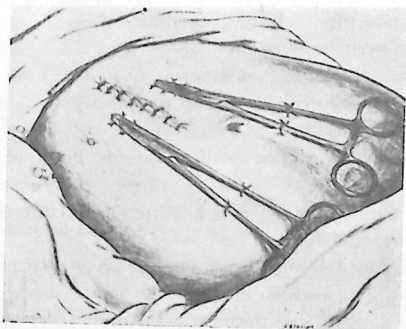


Fig. 15.— Método de Devine para obtener la Colostomía en las primeras horas (DEVINE).

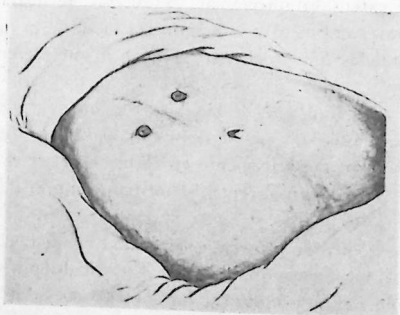


Fig. 16.— Aspecto final de la Colostomía de Devine lista para funcionar (DEVINE).

propuesto la bicolostomía sin espólón lo que simplifica el cierre. Obtiene una colostomía desfuncionalizante en que el cabo proximal lo exterioriza por la laparotomía exploradora u operatoria y el distal por pequeña laparotomía propia media supraumbilical.

d) TRANSVERSOSTOMIA DE DENNIS Y FALLIS

Consiste en la exteriorización sobre varilla seguida después de sección completa del asa, quedando 2 cabos. Inspirada por Wangenstein¹⁶⁵ con quienes trabajó en el Minnesota Hospital.

La Anestesia puede ser local complementada con infiltración del mesocolon.

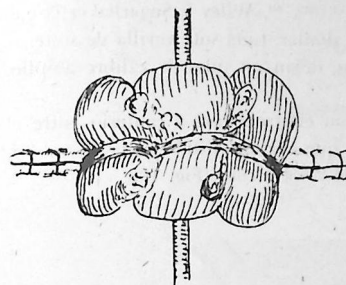


Fig. 17.— Exteriorización en la Colostomía de Dennis y Fallis.

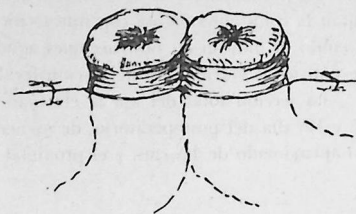


Fig. 18.— Disposición final de los cabos en la Colostomía de Dennis y Fallis.

La *incisión* es transversal de 6 a 12 cms. de largo sobre el músculo recto anterior equidistante del ombligo y del apéndice xifoides. Se profundiza seccionando la vaina anterior del recto hasta la línea media. Se seccionan las fibras del músculo recto anterior para dejar al descubierto la hoja posterior de la vaina que se incide junto con el peritoneo.

Se *exterioriza* el colon transverso mediante tracción del epiplón mayor, lo que facilita la maniobra especialmente en las grandes distensiones colónicas. A través del mesocolon, en una zona avascular, se atraviesa una varilla de vidrio con lo que se fija esta asa a la pared abdominal. Ambos cabos de la varilla reciben los extremos de un tubo de caucho que impide el escape de ella [Fig. 17]. Puede haber dificultad en la exteriorización cuando ha existido un proceso inflamatorio en el que ha participado el epiplón mayor.

La pared se sutura aproximando los labios de la aponeurosis en ambos extremos con sutura irreabsorbible; igualmente la piel se aproxima con puntos de hilo o alambre. Fallis no fija ningún elemento de la pared al asa exteriorizada, obteniéndose la soldadura espontánea protegida por una gasa seca aplicada en el ángulo resultante entre la colostomía y la piel.

Si es necesario extraer gases a tensión, el colon se punciona con aguja cuatro horas después y sólo se abre quirúrgicamente a las doce horas. La abertura se practica en la cara antimesenterial en sentido longitudinal, es decir, paralelo al eje del colon.

Dos semanas después el borde mesentérico del asa, que ha quedado como pared posterior persistente, se secciona con electrobisturí y se retira la varilla de vidrio.

Quedan así dos cabos intestinales separados por un espólón natural cicatricial suficientemente desfuncionalizante [Fig. 18].

Este criterio técnico lo apoya Berry¹⁷ quien opina que el asa debe ser completamente seccionada al 7º o 10º día para obtener una derivación satisfactoria.

Conjuntamente con otros autores^{297, 312, 392, 89}, Wiley y Sugarbaker¹⁷⁶ ejecutan la colostomía en asa con una técnica similar (una sola varilla de sostén). Cuando la indican en obstrucciones agudas, dejan un tubo, de calibre amplio, de plástico o vidrio, para derivación fecal.

La sección total del asa la efectúan con electrobisturí o cauterio entre el 7º y 10º día del postoperatorio, de manera que el cabo distal queda de un largo aproximado de 1,5 cms. y el proximal de 2,5 a 3 cms. [Fig. 19].



Fig. 19.— Disposición de los cabos según Wiley y Sugarbaker.

La colostomía de Dennis y Fallis, con las pequeñas modificaciones de Wiley y Sugarbaker, es aplicable con todas sus ventajas en el colon sigmoideo sea como temporal o definitiva.

c) TRANSVERSOSTOMIA DE MAYO Y DIXON

Mayo^{325, 329} practica una transversostomía seccionando el colon de manera que ambos cabos quedan anclados a la herida operatoria, separados por un puente de aponeurosis y piel que se suturan correspondientemente con 2 ó 3 puntos entre ellos, es decir, queda un puente aponeurótico y uno cutáneo. El cabo proximal queda drenado por un tubo que se retira a los 6 ó 7 días después y el cabo distal con un clamp de Payr que cae por necrosis [Fig. 20].

Es un tipo de colostomía definitiva que puede usarse como paliativa. Aun más, no es absolutamente definitiva, ya que puede restaurarse el tránsito fácilmente con la técnica de cierre propuesta por Pauchet y Le Gac³⁶² o en forma término-terminal como propone Keene²⁶¹.

1) TRANSVERSOSTOMIA DE WANGENSTEEN

Publicada en 1947¹⁶⁷ ha sido objeto de múltiples revisiones con fines de divulgación, dada la facilidad de su técnica, al alcance de cualquier cirujano. El

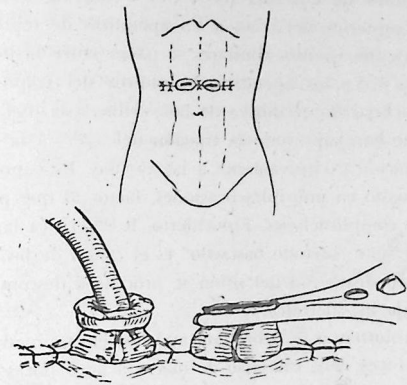


Fig. 20.— Colostomía de Mayo y Dixon.

autor sustentaba la idea de exteriorizar el transverso mediante una sola varilla de vidrio transmesocólica a través de una incisión transversal sobre el recto anterior derecho^{165, 466, 123, 156} ya que la incisión vertical es insuficiente en las grandes distensiones colónicas.

Es en general, similar a la colostomía de Dennis y Fallis, que fué inspirada por Wangensteen; pero conservando el asa sin seccionar, de acuerdo con otros autores^{310, 205, 206, 178, 353}.

Hay autores que ubican el colon transverso, para facilitar su exteriorización, usando una moneda sobre el ombligo y practicando un enema baritado^{123, 351}. Nunca hemos precisado este método aún en las sobredistensiones. Es el epiplón mayor el que necesariamente debe llevarnos hasta el colon transverso.

Puede usarse *anestesia* local o general.

La *incisión* es de dirección transversal y 10 a 12 cms. sobre el recto derecho y equidistante entre el ombligo y el apéndice xifoides [Fig. 21]. Miguez³⁵⁵ destaca que además de la ubicación propuesta por Wangensteen, ha efectuado con éxito la incisión sobre los oblicuos³⁷¹ y aún desplazando el músculo recto hacia la línea media.

Se *exterioriza* el colon transverso, que se libera del epiplón mayor en la zona que va a quedar colostomizado. En zonas avasculares del mesocolon, separados uno del otro por una distancia de 2 a 5 cms. se atraviesan dos varillas de vidrio. Estas se traccionan en sentido divergente mediante dos trozos de tubos de caucho, cuyos cabos se acoplan a los extremos de las varillas y que posteriormente se mantienen tensos mediante la aplicación de telas adhesivas, con lo que se consigue la contensión del asa exteriorizada al nivel del plano cutáneo.

Se sutura con puntos de seda fina (Nº 0000) o con catgut fino el peritoneo parietal a la vaina posterior del recto a los apéndices de tejido graso en las márgenes del asa. Algunos puntos similares se pasan entre la hoja anterior de la vaina del recto, la piel y los apéndices epiploicos del colon. Estas maniobras son previas a la fijación definitiva de las varillas a la piel.

Hay autores que han suprimido la fijación del asa²⁷¹ a la pared, dejando la acción de sustentación exclusivamente a las varillas. Esta modalidad de técnica la hemos efectuado en múltiples ocasiones, factor al que podríamos adjudicar algunas de las complicaciones. Finochietto, R.¹⁷⁰ critica la exteriorización sin sutura y dice que este "método bastardo" es el causal de las evisceraciones.

Cuando hay gran distensión del colon se procede a descomprimir mediante punción con aguja hipodérmica.

Terminada la colostomía se cubre con apósitos envaselinados.

En las obstrucciones debe drenarse de nuevo a las 6 horas o insertarse un catéter frente al cabo proximal.

Debe vigilarse el colon y la vitalidad del asa exteriorizada a las 4 ó 6 horas de efectuada la colostomía.

Las baguetas de vidrio según Wangensteen se fijan mediante tubos de goma cuyos extremos se insertan en los cabos de las baguetas [Fig. 22]. En las últimas colostomías hemos cambiado la sustentación de las varillas, aplicando un trozo de 2 a 3 cms. de tubo de goma en sus extremos, fijando estos trozos a la piel directamente con puntos de hilo o alambre.

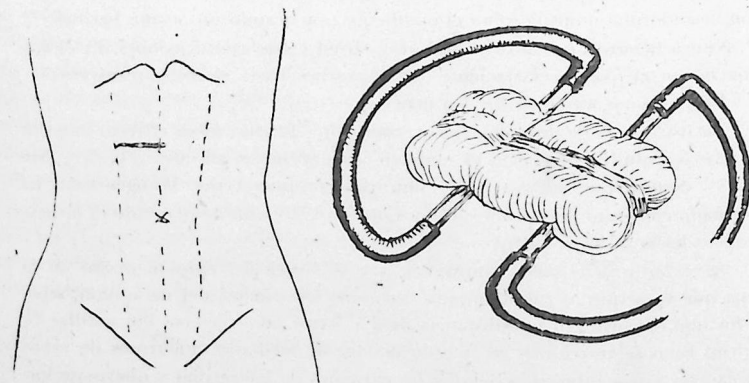


Fig. 21.— Incisión para la Colostomía de Wangensteen.

Fig. 22.— Disposición de las baguetas.

Al 3º ó 4º día del postoperatorio se practica una *incisión longitudinal* al eje del colon de 3 a 3,5 cms., lo que da una abertura elongada que se hace ovoidea resecaando en forma circular el polo de la incisión que queda frente al cabo proximal [Fig. 23], quedando una abertura habitual de 3 cms. de ancho por 5 cms. de largo. Como la incisión compromete la pared anterior, la posterior queda como tabique transversal que separa los orificios proximal y distal [Fig. 24].

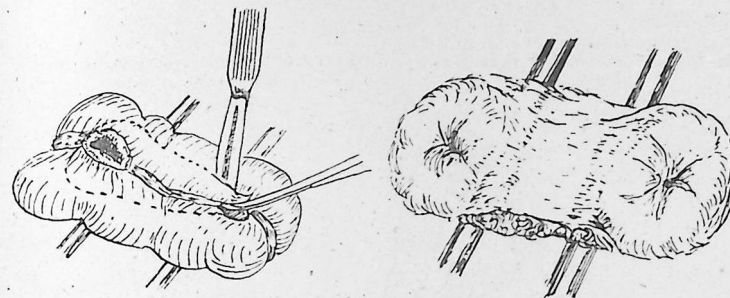


Fig. 23.— Incisión longitudinal del asa en la Colostomía de Wangensteen.

Fig. 24.— Tabique posterior que sirve para mantener la continuidad del asa y la posición extra-abdominal.

La sección de la pared anterior no debe ser muy amplia a fin de que la restante posterior sea suficiente para efectuar un cierre fácil.

Las varillas deben dejarse un tiempo prudencial de 10 días para evitar retracción de los cabos o del tabique posterior.

El alta se da en un promedio de 8 a 10 días.

g) TRANSVERSOSTOMIA DE ESPERNE

Además se puede efectuar en el sigmoide. Nace de la indicación de una colostomía derivativa totalmente eficaz²⁰³. El autor,¹⁵³ practica una incisión paramediana transrectal izquierda o derecha. Despoja de epiplón un asa del transverso, la que exterioriza y adosa en cañón de escopeta en un tramo de 5 a 6 cms., dejando un asa exteriorizada de una longitud no mayor de 14 a 15 cms. Rechaza el meso fuera del espolón, fija el contorno de los cabos a la pared. El asa se secciona entre pinzas Kocher cerca de la base del asa eferente, quedando así un cabo proximal largo y uno distal corto [Fig. 25], a, b y c).



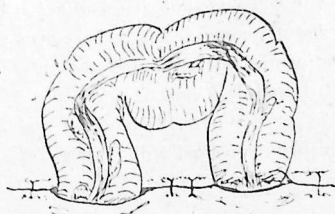


Fig. 25.- a) Colostomía de Esperme: exteriorización del asa.



Fig. 25.- b) Colostomía de Esperme: Sección con cabo distal corto.

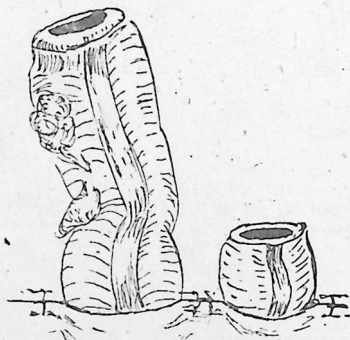


Fig. 25.- c) Colostomía de Esperme: disposición de los cabos (proximal largo, distal corto).

3.-DESCENDO-SIGMOIDOSTOMIAS

a) COLOSTOMIA DE BLOCH-MIKULICZ^{327, 328}

Aplicable a cualquier zona móvil del colon, principalmente en el transverso y sigmoides.

La incisión en la colostomía efectuada en el sigmoides, puede ser mediana, paramediana u oblicua izquierda (en palo de hockey). Bahr³⁰ ha propuesto en los casos de urgencia o de diagnóstico dudoso operar por laparotomía media infraumbilical, lo que permite explorar o actuar quirúrgicamente y además preparar la exteriorización a lo Mikulicz que efectúa por laparotomía propia iliaca izquierda. Cuando el diagnóstico es seguro de lesión sigmoidea solo usa laparotomía izquierda.

La exteriorización del colon irá acompañada de las maniobras de destorsión o descompresión, según se trate de vólvulus o de obstrucción. La descompresión, cuando afecta al sigmoides, puede efectuarse mediante sonda rectal: si esto no es posible, se punciona directamente el asa distendida, cuidando de hacerlo en zona que va a quedar exteriorizada.

Se adosan los cabos a exteriorizar cuidando de no dejar en la zona de contacto donde se efectuará el espolón, el mesocolon y evitar a la vez que quede traccionada. Estas medidas disminuyen las posibilidades de esfacelo de la colostomía a nivel del plano cutáneo. El mesocolon se reseca y hemostasia cuidadosamente [Fig. 26].

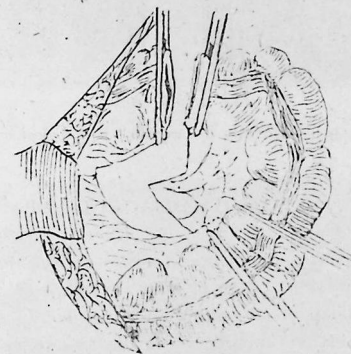


Fig. 26.- Resección del mesocolon para preparar la Colostomía de Mikulicz.

El "cañón de escopeta" se confecciona adosando los cabos mediante puntos de hilo sero-serosos en una extensión de 10 a 15 cms., de manera que su profundidad alcance cerca de la pared posterior del abdomen [Fig. 27, a y b], y para evitar que el mesocolon quede incluido o se incluya posteriormente en el espolón, es aconsejable suturar las tenias respectivas entre sí, ya que además estas ofrecen una zona de mayor resistencia en la confección del tabique.

Al "cañón de escopeta" sucede la fijación de los cabos a la pared abdominal mediante puntos separados. Bahr^{29, 31} recomienda iniciar la "sutura en corona" colocando los puntos opuestos a fin de compartir adecuadamente las asas de la colostomía en la pared. La sutura de las asas comprende al peritoneo, aponeurosis y piel.

La guirnalda de colon exteriorizado no se secciona hasta 48 ó 72 horas después (modificación de Mikulicz), a 3 ó 4 cms. sobre el plano cutáneo para ambos cabos.

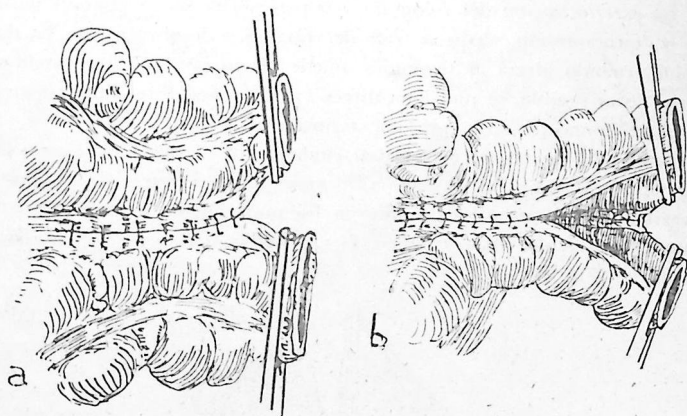


Fig. 27. a y b.— Confección del espolón en la Colostomía de Mikulicz.

COLOSTOMIA DE MIKULICZ-PAUL

Cuando es necesario establecer el tránsito de inmediato, se procede a colocar un tubo de Paul [Fig. 28] en el cabo aferente o en ambos [Fig. 4 c]. Para ello se aplica un clamp blando intestinal al ras de la pared abdominal, seccionando el asa a escasos centímetros más arriba, lo suficiente para amarrar el extremo correspondiente del tubo. Este queda introducido en el asa para lo que tiene un canal o surco adecuado. Finochietto, R. ancla el tubo dentro del asa mediante un punto de hilo transfijante [Fig. 29].

Cuando no es necesario el tránsito inmediato, se aplican clamps fuertes a los cabos y se seccionan por encima de estos. El clamp cae por necrosis o se retira en tiempo prudencial de dos a tres días.

COLOSTOMIA DE MIKULICZ-RANKIN

Rankin²⁸⁸ utilizando el principio fundamental sustentado por Mikulicz de la exteriorización y resección en dos etapas, ha aplicado el método para extirpar el cáncer de zonas móviles del colon, especialmente el transverso y sigmoides. Aplicando el clamp descrito por el autor, se puede practicar la anastomosis cerrada de los cabos, después de seccionarlos retardadamente como lo hacía Mikulicz. La figura N° 30, muestra los dos tiempos fundamentales de la intervención.

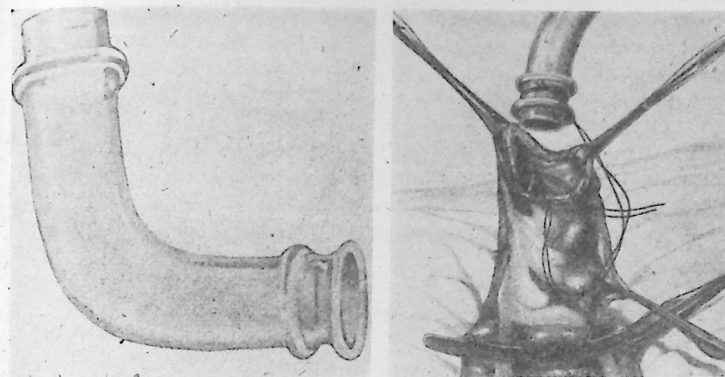


Fig. 28.— Tubo de Paul.

Fig. 29.— Anclaje del tubo de Paul (FINOCHIETTO).

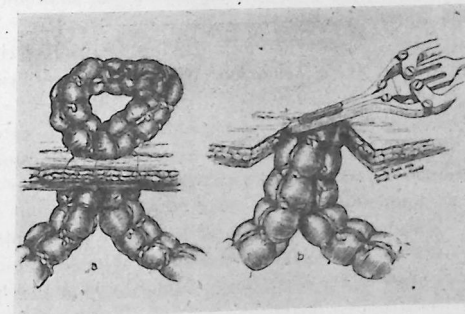


Fig. 30.— Tiempos de la operación de Mikulicz-Rankin (COLCOCK).

COLOSTOMIA DE MIKULICZ-LAHEY

Lahey²⁷⁹ quien ha empleado con mayor entusiasmo la técnica de Mikulicz para la exéresis extraperitoneal del cáncer, la modifica especialmente para hacer una extirpación completa reseccionando en cuña el meso correspondiente a la zona de colon extirpada. Sigue en los demás tiempos la técnica de Mikulicz aprovechando las ventajas de un cierre extraperitoneal. Esta técnica la ha empleado además de las lesiones de transverso y sigmoides, en las de colon derecho, practicando en el primer tiempo una ileotransversostomía en cañón de escopeta.

Los tiempos operatorios aparecen en la figura 31.

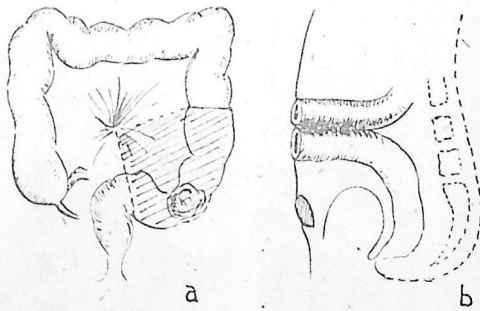


Fig. 31.— Colostomía de Mikulicz-Lahey (COLCOCK).

COLOSTOMIA DE DELORE

Es una colostomía sólo en el sentido de que existe escape de materias fecales durante un tiempo previo al cierre completo de una anastomosis término terminal que queda abierta parcialmente al exterior.

Esta colostomía tuvo su indicación antes del auge de las resecciones primarias, especialmente en el vólvulo sigmoideo. Muschkatín³¹⁹ publica una técnica prácticamente igual a la de Delore.

Consiste en resecar el sigmoideo y practicar la anastomosis extraperitoneal inmediata abierta. Delore aplica por pequeña zona no suturada, una sonda con lo que drena el lumen del asa. Queda prácticamente una fístula estercoreica que cierra en forma espontánea.

Con este método se ha pretendido acortar las etapas a que obliga el Mikulicz-Paul y viene a ser un método intermedio entre las resecciones extraperitoneales de Paul-Mikulicz y la resección intraperitoneal en un tiempo.

En nuestro país ha tenido merecido auge según consta en varias publicaciones^{296, 322, 13, 119, 24, 29.}

b) COLOSTOMIAS IZQUIERDAS TEMPORALES

Como su nombre lo indica están destinadas al cierre una vez cumplido su objetivo. Sin embargo, pueden dejarse como definitivas cuando la técnica empleada cumple con las condiciones necesarias para una colostomía definitiva y no existe tendencia a la oclusión espontánea.

Pueden exteriorizarse por laparotomía propia como el tipo de Mc Burney a izquierda, que fué propuesta por primera vez en 1888 por Allingham¹⁴, o a través de laparotomía mayor destinada a una exploración o exéresis, o incisión transtrectal izquierda.

No son recomendables para las sigmoidostomías temporales las incisiones medias que obligan a tomar al sigmoideo posiciones forzadas.

La *TECNICA DE MAYDL Y GLENN*^{323, 196} es perfectamente aplicable en esta ubicación y Maydl efectuó su primera colostomía en el sigmoideo. Quenu²⁸¹ y Bacon²⁷ propician el mismo tipo de colostomía en posición inguinal con laparotomía propia tipo Mc Burney izquierda.

COLOSTOMIA EN NUDILLO: Comentada por Jennings²⁴⁵ y publicada por Cutler y Zollinger¹²⁰ es característicamente temporal ya que se exterioriza el dorso de un asa de sigmoideo fijándola con puntos separados al peritoneo parietal y piel, sin que ninguna de las capas de la pared abdominal quede debajo del asa [Fig. 32].

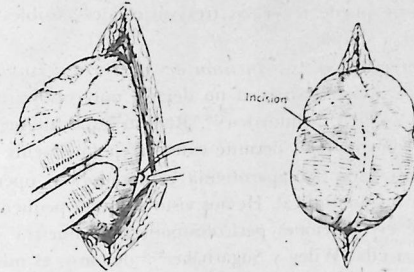


Fig. 32.— Colostomía en nudillo (JENNING).

Cuando se efectúan colostomías izquierdas temporales en asa, indicadas por un proceso aparentemente inoperable, sucede a veces, que la evolución clínica indica que no se trata de un proceso inextirpable. En estos casos se acostumbra a explorar nuevamente la lesión por otra laparotomía: media o paramediana. Ahora bien, cuando en este segundo intento la lesión se logra extirpar nos queda el problema de la conducta a seguir con el cabo distal de la colostomía en asa. Hay autores que lo cierran y abandonan intraperitonealmente. Creemos que esto es erróneo; la colostomía debe rehacerse dejando un solo cabo terminal.

ANO ILIACO EN CAÑON DE ESCOPETA SIN ESPOLON: Esta técnica muy sencilla propuesta por Pauchet, Martel y Denet³⁰¹ puede ser temporal o definitiva. Los autores le dan gran valor como definitiva para derivar el tránsito por encima de cánceres inoperables y como definitiva o temporal en procesos inflamatorios fijados o fistulizados que impiden la exteriorización.

Sin embargo, creemos que la simpleza de la técnica, la ausencia de espolon y la conservación parcial del meso, permiten practicar un cierre intraperitoneal sencillo, lo que le da características de colostomía temporal con gran capacidad derivativa. Por ello la incluimos entre los anos del colon izquierdo temporales. Es aplicable también al colon transversal.

Se exterioriza mediante incisión en parilla ilíaca izquierda, el sigmoide. Se efectúa un ojal en el meso para pasar un poderoso clamp de tres ramas paralelas que atriciona y cierra el intestino [Fig. 33]. Este se secciona en el espacio que deja la rama central al ser retirada y se obtienen 2 cabos cerrados separados [Fig. 34]. Se procede al cierre de la pared entre ambos cabos aprovechando la brecha abierta en el meso [Fig. 35] quedando ambas bocas separadas, pero paralelas y cerradas por los clamps que caen espontáneamente entre 36 y 48 horas [Fig. 36]. La fijación de los clamps a la piel ayuda a mantener los cabos in situ.

c) COLOSTOMIA IZQUIERDA DEFINITIVA

Anatómicamente puede tener las tres variedades posibles: en asa, en doble barra o en barra simple.

Puede exteriorizarse por: a) *Incisión de Mc Burney izquierda*: muy aconsejada por Barlett³⁵ quien insiste en no dejarla muy obturante, pues provoca edema del asa. Gabriel¹⁸⁵, Schmieden¹¹⁹, Rankin³⁹⁰, Schlesinger¹²³ y Corbett¹¹² reconocen que esta incisión permite exteriorizar fácilmente el sigmoide dejando libertad para hacer la laparotomía exploradora u operatoria en la región paramediana infraumbilical. Hemos visto con esta pequeña laparotomía el mayor número de eventraciones pericostómicas de nuestra serie por lo que no somos adeptos a ella. Wiley y Sugarbaker¹⁷⁶ destacan el mismo defecto.

b) *Transrectal izquierda*: con lo que se ha pretendido hacerla continente³²². Gabriel¹⁷⁸ y posteriormente Gabriel y Lloyd-Davies¹⁸² aceptan esta incisión, porque da menos eventraciones y una buena posición de la colostomía para su control.

c) *Laparotomía principal* sea mediana u oblicua izquierda. Así, Lockhart Mummery²⁹⁹, Milligan³¹¹, Smith¹²⁷ y Gordon Watson²⁹⁷ usan la incisión transversal izquierda como operatoria y para exteriorizar la colostomía. Rankin³⁸⁵ la rechaza porque no permite exteriorizar suficientemente el sigmoide y Schlesinger¹²³ insiste en que la exteriorización de la colostomía por la gran laparotomía facilita la eventración.

La practicamos de rutina en las amputaciones de recto mediante laparotomía oblicua izquierda "en palo de hockey".

Existen formas mixtas de exteriorizaciones que veremos al hacer la descripción de cada una.

En cuanto a la *ubicación*: Carnet y Howell⁸⁹ recomiendan situarla cerca del tumor, sin llegar a zona peligrosa de invasión. Rankin³⁹² es partidario de usar el sigmoide proximal. Ochsner³⁵⁶ prefiere localizar la colostomía en el ángulo esplénico y Lockhart-Mummery²⁹⁷, en el colon transverso.

La *fijación* es variable y hay autores como Gabriel y Lloyd-Davies¹⁸² que retienen el asa sólo con una varilla de vidrio, sin suturarla a la pared, hasta

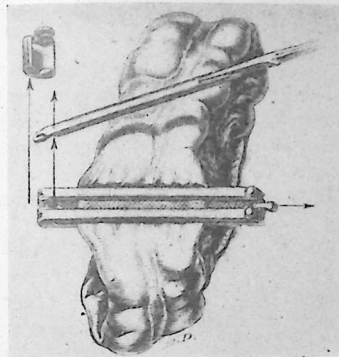


Fig. 33.— Colostomía en "cañón de escopeta" sin espolón. Disposición de los clamps (PAUCHET).

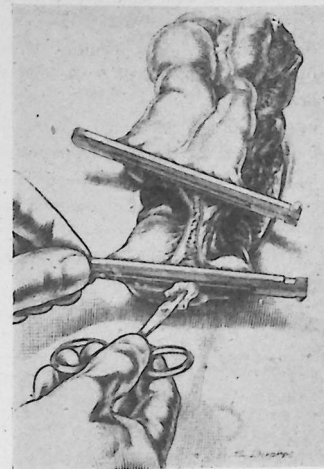


Fig. 34.— Colostomía en "cañón de escopeta" sin espolón. Sección intestinal (PAUCHET).

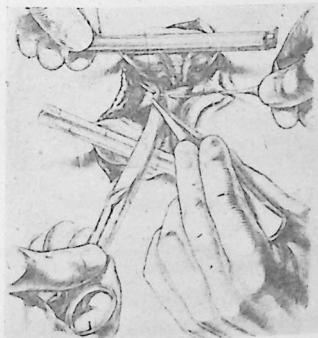


Fig. 35.— Colostomía en "cañón de escopeta" sin espolón. Puente parietal entre los cabos (PAUCHET).

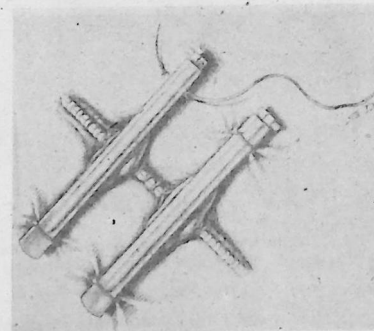


Fig. 36.— Colostomía en "cañón de escopeta" sin espolón: clamps cierran los cabos durante las primeras horas (PAUCHET).

aquellos que suturan la seromuscular del intestino al peritoneo parietal como Notbury³⁵³.

COLOSTOMIA DE AUDRY²¹ — MIXTER¹²¹.— Es una exteriorización en

asa mediante una laparotomía en colgajo que comprende la piel y aponeurosis. La incisión tiene forma de dos zetas con una base común y dispuestas en forma contraria [Fig. 37] y se ubica de manera que comenzando a la altura del ombligo descendiendo por el borde externo del recto anterior izquierdo como señala la figura.

Se abre el peritoneo y se exterioriza el asa a través de cuyo mesocolon se pasa el puente cutáneo aponeurótico resultante de la incisión, que actúa como fijador [Fig. 38-a]. El asa puede mantenerse frenada por una sonda para seccionar a los dos o tres días, dejando ambos cabos proyectados a 2 ó 3 cms. sobre la piel [Fig. 38-b].

Esta colostomía la hemos efectuado con buenos resultados técnicos en cáncer de recto como paliativa.

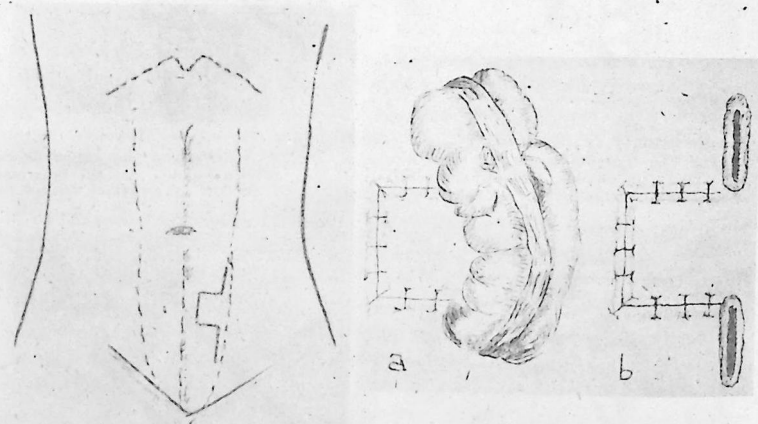


Fig. 37.— Incisión en la Colostomía de Audy-Mixter.

Fig. 38. a y b.— Disposición del asa y cabos Audy-Mixter.

Deñon del Valle, citado por Allamand¹⁹ ejecuta una técnica similar a la de Audy-Mixter, como colostomía previa a la resección abdomino perineal para el cáncer de recto y rectosigmoides, que queda a la poste como definitiva. Exterioriza el asa sigmoidea y a través del mesosigma pasa tres colgajos elaborados en la pared abdominal: uno muscular aponeurótico rectangular de base externa, uno intermedio aponeurótico exclusivo (aponeurosis del oblicuo mayor) y uno externo cutáneo. Los dos últimos son colgajos curvos (hemicirculares) de base opuesta: el cutáneo (externa) y el aponeurótico (interna).

Ball²² ha propiciado una técnica similar; pasa fuertes puntos de piel entre ambos labios de una laparotomía, a través de un ojal del mesocolon de una exteriorizada, método seguido también por Rankin y Graham²⁹¹. *Butler⁷⁷* practica una colostomía similar la que abre en forma transversal para facilitar la evacuación. Dice no tener infecciones con este procedimiento.

Mathews²²⁹ ideó una placa metálica a modo de puente debajo del asa.

Kurtzahn^{275, 276, 277} y *Haecker²¹⁶* aplican un tubo de piel obtenido de la misma laparotomía [Fig. 39].

Jeannel²⁴⁴ hace la misma técnica de Audy-Mixter invirtiendo la disposición de la laparotomía a fin de que el colgajo cutáneo aponeurótico quede hacia la izquierda [Fig. 40] (Publicado por *Pauchet²⁶³*).

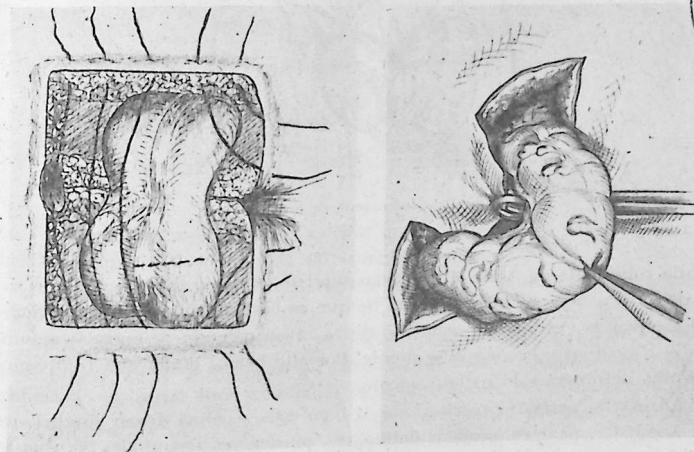


Fig. 39.— Colostomía de Kurtzahn.

Fig. 40.— Colostomía de Jeannel (PAUCHET).

Sistrunk¹²² practica una incisión transtrectal longitudinal por donde exterioriza un asa suturando los bordes de la aponeurosis y piel a través de un ojal del mesocolon [Fig. 41], con lo que se pretende un ano continente. Esta técnica es considerada superior a la de Mixter¹⁰⁹, porque es de ejecución más sencilla y logra la continencia por acción constrictiva del músculo recto anterior a través del cual está exteriorizada.

Gabriel y Lloyd Davies¹²² describen una colostomía paliativa iliaca izquierda exteriorizada a través de una incisión sobre el oblicuo izquierdo, cerrando la gotera lumbar, sin fijar el asa a la pared y manteniéndola con un tubo transmesosigmoideo.

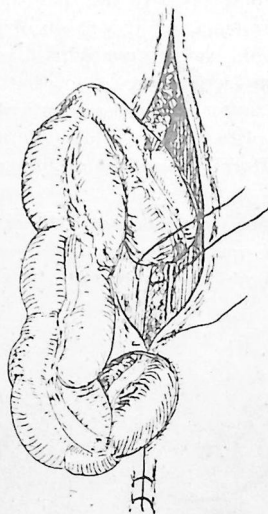


Fig. 41.— Colostomía de Sistrunk.

La colostomía de Audy-Mixter y las similares, cuando se ha practicado como definitiva, tiene el inconveniente de que ambos orificios quedan próximos y al efectuar la exéresis del segmento distal en un segundo tiempo, las maniobras se dificultan y la asepsia se pierde. Por ello hemos usado esta colostomía en forma definitiva solo paliativamente.

Además es necesario recalcar que si bien estas técnicas tienen condiciones más adecuadas para colostomías definitivas, pueden ser temporales, ya que es posible cerrarlas sin exceso de maniobras operatorias.

No existe uniformidad en la disposición del asa terminal en las amputaciones distales del colon al revisar el criterio de diversos autores.

COLOSTOMIA EN LA OPERACION DE MILES.— Este autor³³⁹ en 1968 describió su técnica para la amputación abdomino perineal en uno o dos tiempos. Queda como resultante obligada una colostomía definitiva en barra simple (única) que el autor³⁴² propone exteriorizar a 1 1/2 pulgada por dentro de la espina iliaca anterior y superior izquierda, abriendo el plano muscular lo suficiente para dejar pasar el asa y la punta del índice a fin de evitar la eventración. El asa se ancla a la pared mediante puntos [Fig. 42].

Lahey y Cattell²⁸⁰ y posteriormente Cattell⁹⁶ indican que el asa debe sobresalir 1 1/2 pulgada sobre la piel, ser anclada a la pared y efectuar el cierre de la gotera lumbar, espacio que queda entre la pared lumbar y el asa terminal.

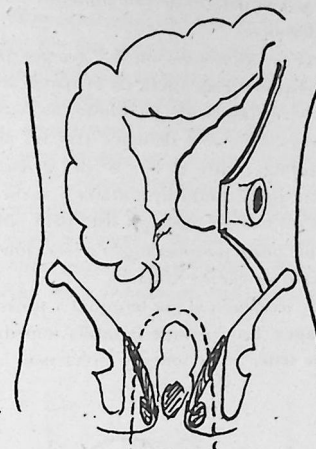


Fig. 42.— Colostomía definitiva en la Operación de Miles.

Por este espacio hemos visto introducirse un asa de intestino delgado que provocó la necrosis de la colostomía (ver complicaciones).

Lahey en 1946²⁸³ propone exteriorizar aún más la colostomía: 3 a 4 pulgadas para evitar retracciones.

Cattell⁹³ aboga por la proyección del asa a 1 1/2 pulgada, fijándola a la pared para prevenir el prolapso. El peritoneo lo adosa rigurosamente; pero la aponeurosis en forma laxa para evitar la *contracción* de la colostomía; dejando introducir el índice por fuera del asa. La piel la umbilica alrededor de la colostomía, pues la fija en sus bordes al plano aponeurótico, técnica que han continuado Wiley y Sugarbaker⁴⁷⁶.

Jones, T. E.^{254, 255}, exterioriza el asa por la incisión operatoria (mediana).

Jones, D. F.²⁵³ prefiere exteriorizar la colostomía a través de la herida operatoria y aconseja el cierre de la gotera lumbar.

Shedden^{419, 420} proyecta el asa a través del recto anterior izquierdo con fines de lograr un control muscular. También sugiere cerrar la gotera lumbar.

Breindenbach⁹⁸ exterioriza el cabo por incisión operatoria o propia iliaca izquierda y deja una proyección por fuera del plano cutáneo de 1 ó 2 pulgadas. Mediante los apéndices epiploicos fija el asa a la pared.

Wiley y Sugarbaker⁴⁷⁶ no suturan el asa a la pared ni tampoco los apéndices epiploicos. Usan un clamp que mantiene el asa en su sitio y protegen la adaptación del asa a la pared con gasa que queda sin remover durante 7 días.

Binkley²⁵⁵ usa la línea media, más cerca del pubis que del ombligo, no fija

el asa a la gotera lumbar por el peligro de acodamiento y la hace sobresalir entre 3 y 5 cms. del plano dérmico.

Lindenberg²⁹⁴ propicia la exteriorización del asa por pequeña laparotomía propia, proyectando el intestino 4 cms. fuera de la pared abdominal. Aplica un tubo acodado de Mixter en el lumen de la colostomía, cuyo extremo queda a 1-1/2 cm. del plano cutáneo. El asa se defiende con un apósito grueso y seco conteniendo algodón hidrófobo. Entre el 4º y 6º día se saca el apósito y el asa se secciona al ras del tubo, practicando hemostasia y sutura del borde mucoso al borde seroso en todo el contorno. Queda así lista para aplicar un receptáculo. El autor ha obtenido muy buen postoperatorio y función sin complicaciones, excepto prolapso en un caso de quince tratados.

Lemmer y Mehnert²⁹⁰, seccionan el asa terminal y proceden a suturarla a la pared en forma muco-cutánea. Esto permite la salida inmediata de gases y materias fecales. Aseguran no tener infecciones y previenen la contracción de la boca [Fig. 43].

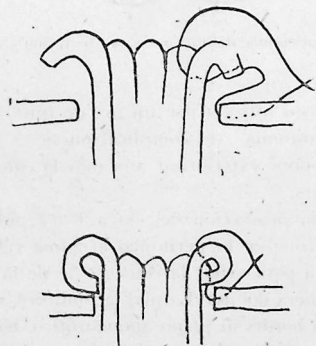


Fig. 43.— Sutura muco-cutánea y según la técnica de Lemmer y Mehnert.

Lindenberg, J.²⁹³, usa un tubo de Mixter, similar al de Paul, introducido en el asa terminal, el que sujeta con el asa fuera del abdomen, mediante un paquete de apósitos. El tubo acodado no puede así reintroducirse en el abdomen ni tampoco el asa, la que está fija al tubo; pero no a la pared abdominal.

En nuestros enfermos, por lo general, exteriorizamos la colostomía definitiva en la parte alta de la herida operatoria (Incisión en palo de hockey) [Fig. 44]. En pocos pacientes hemos practicado laparotomía izquierda propia para la colostomía, en cuyo caso, la herida operatoria se hace media o paramediana izquierda infraumbilical. Se observó en estos últimos con más frecuencia el prolapso y la eventración. Otro caso de colostomía terminal izquierda en que

no se cerró la gotera lumbar provocó la introducción del intestino delgado en este espacio que produjo la necrosis del asa de la colostomía.

Respecto del largo del asa terminal, lo medimos en el momento de cerrar la herida operatoria, dependiendo en gran parte de la altura en que ésta se fija. Cuando queda corta, se puede movilizar seccionando las hojas del mesocolon y aún procediendo al decolamiento del descendente y si es necesario, hasta del ángulo esplénico. El largo no debe ser excesivo, pues aunque aparentemente facilita la aplicación de la prótesis receptora de heces, crea dificultades en la evacuación. Por el contrario, un asa muy corta puede retraerse fácilmente, en especial cuando el paciente aumenta de peso, en que el plano celular subcutáneo se rellena de tejido grasoso levantándose sobre el nivel primitivo y provocando la umbilicación de la colostomía que está anclada al peritoneo y apo-neurosis.

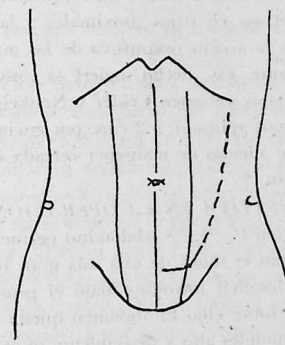


Fig. 44.— Incisión en "palo de hockey" izquierda.

Crider y Neubeiser¹¹⁴ insisten en que sólo debe sobresalir 2 cms. sobre la piel; la seccionan de inmediato y la mucosa se sutura con seda a los bordes de la piel, puntos que se retiran al 5º día. Con ello han disminuído la frecuencia de contracción del asa y secundariamente el prolapso y la eventración. Este criterio lo hemos corroborado ampliamente, observando que las asas largas aumentan el área de cicatriz, la que puede ahogar la ostomía [Fig. 45 a y b]. Al quedar el asa al ras de piel esto no se produce [Fig. 45 c].

Campbell y Shaerrer⁸⁴ proponen la "reconstrucción de la colostomía" que consiste en seccionar el asa exuberante al ras de piel con nueva sutura de la mucosa al borde cutáneo en un segundo tiempo. No han tenido así contracciones y si, en cambio, un gran alivio del punto de vista psicológico y fácil aplica-

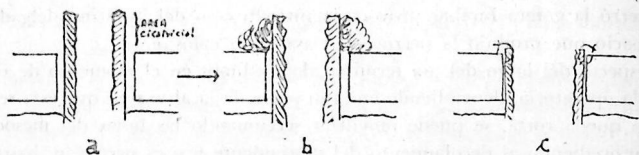


Fig. 45.— Sutura del borde de la Colostomía terminal según técnica de Crider y Neubeiser.

ción de apósitos de algodón y plásticos, sostenidos con calzón elástico, que no hieren ni perturban la colostomía.

Este último criterio lo hemos sustentado habitualmente, es decir, dejando en un primer momento el asa larga, cerrada en su extremo con una amarra de hilo grueso que a su vez se prende a la piel lejos de la herida operatoria hacia el flanco izquierdo. A los dos o tres días se abre y recorta el asa a 2 ó 3 cms. del plano cutáneo, con lo que no hemos tenido inconvenientes. A veces se produce la abertura espontánea del asa en sitios proximales a la herida, producto de fenómenos isquémicos más la acción propulsiva de las materias fecales que no llegan hasta la salida distante. Este hecho sugiere la conveniencia de practicar un corte más prematuro como sostienen Crider y Neubeiser.

En otras ocasiones hemos aplicado, a 2 cms. por encima del plano cutáneo, un clamp de Daniel¹²¹ que además de mantener cerrada el asa permite aplicar una sonda de drenaje precoz.

COLOSTOMIA DEFINITIVA EN LA OPERACION DE JONES D. F.— Es una técnica de extirpación^{249, 251, 252}, abdómino perineal en dos tiempos para enfermos que no soportan el shock de una sola gran intervención.

El primer tiempo abdominal introduce bajo el piso pelviano la lesión y buena parte del sigmoides sobre ella. El abdomen queda aislado por cierre del peritoneo pelviano y el sigmoides alto y descendente se exteriorizan en dos asas paralelas en cañón de escopeta por la herida operatoria (paramediana izquierda).

En el segundo tiempo se extirpa el recto y la lesión por vía perineal.

Tiene el defecto de dejar el asa distal de la colostomía ciega y sin objetivo alguno, en cambio con la posibilidad de originar fistulas mucosas perineales.

COLOSTOMIA DEFINITIVA EN LA OPERACION DE LAHEY.— Este autor²⁷⁸ en 1930, propuso la amputación abdómino-perineal en dos tiempos. Esto determinaba la ejecución de una colostomía de bocas cercanas después del primer tiempo, lo que podría efectuarse según la técnica de Audry-Mixter y similares; pero con el inconveniente de la cercanía de las bocas aferente y eferente. Para solucionar este problema, el autor citado, en el primer tiempo deja, mediante laparotomía media infraumbilical que sirve para la exploración, exteriorizada el asa eferente destinada a desaparecer con la resección del segundo tiempo y el cabo aferente lo exterioriza por pequeña laparotomía propia izquierda [Fig. 46].

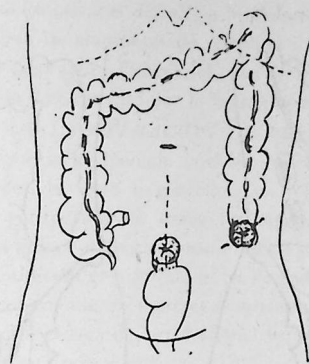


Fig. 46.— Colostomía Definitiva en la Operación de Lahey.

Lo mismo efectúa Finochietto¹⁶⁹, pero usando como laparotomía exploradora, la izquierda y abocando el asa distal por laparotomía media propia.

COLOSTOMIA DEFINITIVA EN LA OPERACION DE COFFEY Y SMITH.— Es una amputación abdómino-perineal en dos tiempos^{103, 426}, en que se practica una colostomía definitiva en barra simple transrectal izquierda y el cabo distal se evierte hacia el periné donde se extirpa en un segundo tiempo.

COLOSTOMIA DEFINITIVA EN LA OPERACION DE RANKIN-TURNER.— Este autor^{389, 395, 455}, propuso la extirpación perineo abdominal en dos tiempos mediante laparotomía media infraumbilical seccionando el sigmoides, cuyo cabo proximal se exterioriza por propia laparotomía izquierda y suturando el cabo distal que se extirpa en forma perineo abdominal en el segundo tiempo. La colostomía queda cerrada algunas horas con un clamp de Payr que se ha usado para mantener cerrada la sección intestinal. Resulta así un método cerrado.

Gabriel^{189, 185}, practica una operación similar perineo abdominal; pero en una etapa, dejando la colostomía terminal por pequeña laparotomía propia izquierda.

COLOSTOMIA EN LA OPERACION DE LOCKHART-MUMMERY.— Se practica abocando dos cabos del sigmoides separados y seccionados sin necesidad de espolón, como tiempo previo a una resección perineal económica [Fig. 47].

COLOSTOMIA DEFINITIVA EN LA OPERACION DE HARTMAN.—^{219, 220, 363} Mediante laparotomía izquierda se ejecuta la resección tumoral (de ubicación rectosigmoidea o sigmoidea) dejando el muñón rectal distante sutu-

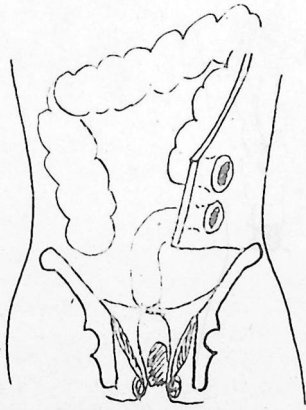


Fig. 17.— Colostomía en la Operación de Lockhart-Mummery.

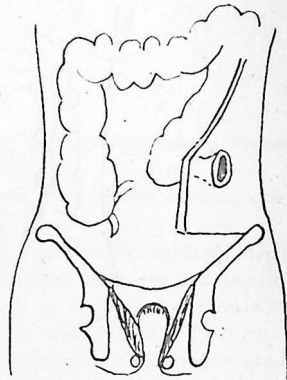


Fig. 18.— Colostomía en la Operación de Hartman.

rado y abocando el cabo proximal como colostomía en “un caño” por la herida operatoria [Fig. 48].

COLOSTOMIA DEFINITIVA EN LA OPERACION DE MAYO.— Este autor propone dos técnicas de colostomía definitiva²²⁹.

Cuando la sigmoidostomía es *paliativa* los cabos de la sección del sigmoides se exteriorizan ambos por laparotomía paramediana izquierda, siendo el cabo superior transrectal que queda drenado por un tubo grueso. El cabo distal queda cerrado por clamp de Payr [Fig. 49].

El autor insiste en que la colostomía paliativa debe tratar de evitarse.

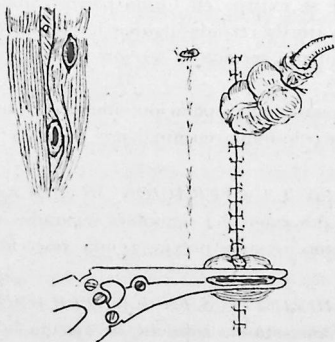


Fig. 49.— Colostomía Definitiva Paliativa de Mayo

Cuando la sigmoidostomía es *definitiva* los cabos se exteriorizan separadamente a fin de facilitar las maniobras de resección distal, cuando ésta se hace en dos etapas (como la práctica Lahey), el cabo aferente por pequeña laparotomía propia izquierda y el eferente por la herida operatoria.

COLOSTOMIA DE LA OPERACION DE BRUNSCHWIG.— La operación de Brunshwig que se ha llamado también evisceración pelviana, está indicada en los cánceres de recto o genitales, avanzados sin metástasis óseas en que se practica extirpación de todos los órganos pelvianos, incluso la vejiga urinaria⁷⁴. Esto obliga al abocamiento ureteral sea a la piel o al intestino grueso. Esta última condición crea lo que se ha llamado “*Colostomía húmeda*”. Esta humedad es menor cuando los ureteres se anastomosan al ciego¹⁷ que cuando se abocan al sigmoide, cerca de la colostomía izquierda definitiva que obligadamente se hace en esta operación.

El abocamiento sigmoideo, por la humedad de las deposiciones, ha impulsado a la búsqueda de técnicas destinadas a la solución del problema del control colostómico que ésta crea.

Bell, Yatsushashi y Parsons¹¹ han ideado un cateter con balón para evitar el escurrimiento de orina (ver taponés para colostomía).

Teicher, Karlitz y Shaftan¹⁵⁰ han aislado un asa terminal de sigmoide donde abocan ambos ureteres formando así una vejiga artificial. La parte proximal del sigmoide forma la colostomía. Este método ha sido usado también por Bricker⁶⁹ [Fig. 50] quien ha propuesto posteriormente abocar los ureteres a un trozo de ileon terminal aislado que tiene la ventaja de entregar rápidamente la orina al exterior sin almacenarla [Fig 51].

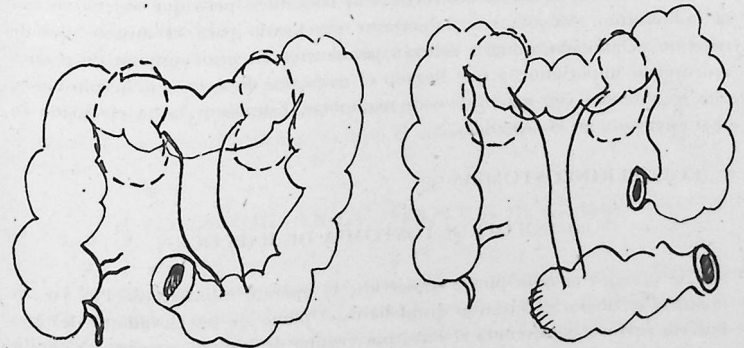


Fig. 50.— Colostomía húmeda usada por Bricker en sigmoide.

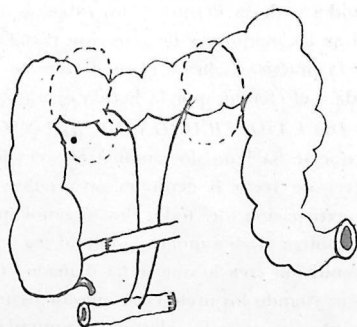


Fig. 51.— Colostomía Húmeda usada por Bricker en ileón terminal.

d) COLOSTOMIA POTENCIAL O PRECOLOSTOMIA

Está indicada en las lesiones orgánicas que amenazan llegar a la obstrucción cuando se desea ahorrar en lo posible el establecimiento de una colostomía paliativa. Fué preconizada por Stone¹³⁹.

Mayo²²⁹ exterioriza un asa de sigmoides por fuera de la aponeurosis, cuyos labios sutura en parte a través de un ojal del meso, con lo que queda anclada el asa a la pared. Sobre este codo de intestino supraaponeurótico se cierra el plano celular y cutáneo. Queda así lista para transformarla en colostomía mediante incisión de piel, celular y asa intestinal.

Finochietto, R.¹⁶⁸ es otro entusiasta de la precolostomía y la indica en las lesiones del colon distal no obstructivas ni resecables; pero que amenazan con la obliteración. Además cree importante practicarla para el mismo tipo de enfermo ya anotado, quienes deberán permanecer en sitios aislados de centros quirúrgicos importantes y que llegado el momento de necesitar la colostomía, ésta se obtendrá con un mínimo de maniobras. Este autor la ha efectuado en el transverso o en el sigmoides.

4.—COLOPERINEOSTOMIAS

a) COLOPROCTOSTOMIA DE BABCOCK²⁵

Se practica cuando puede conservarse el aparato esfinteriano. Por vía abdominal se libera el intestino distal hasta el plano de los elevadores del ano. Por vía perineal se secciona el recto por encima de la línea pectínea. El anillo esfinteriano conservado permite a su través el telescopaje del cabo proximal resultante de la exéresis [Fig. 52].

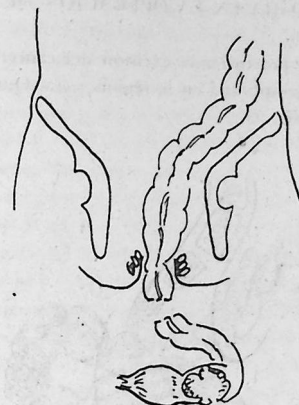


Fig. 52.— Coloproctostomía de Babcock.

Esta colostomía se puede practicar además sin aparato esfinteriano como lo ha efectuado Babcock en pacientes que ya habían sido operados con la técnica de Miles, por lo tanto, abocando el colon descendente al periné sin esfínter⁹⁰.

b) CECOPROCTOSTOMIA

Efectuada exitosamente por Garat¹⁸⁸ exteriorizando el ciego a través del esfínter anal. Para ello efectuó primero una rectosigmoidectomía con sección del colon ascendente, cuyo cabo quedó exteriorizado como colostomía en el flanco derecho, el ciego llevado hacia el periné y en el flanco izquierdo abocó el asa del colon sigmoideo proximal.

El resultado funcional fué satisfactorio con contiencia y control esfinteriano. En un segundo tiempo extirpó el colon ascendente, transverso y descendente.

c) COLOSTOMIA EN LA OPERACION DE KRASKE^{272, 273}

Se reseca el tumor rectal por una abertura practicada a base de la resección del coxis y parte del sacro. El recto liberado se extrae hasta extirpar el tumor lo más ampliamente posible. La resección deja un cabo distal corto y un cabo proximal que se colostomiza en la herida operatoria sobre la región sacrocoxígea.



d) COLOSTOMIA EN LA OPERACION DE KUTTNER

Küttner en 1910⁴⁸⁶ practica una excisión del cáncer rectal mediante exteriorización a lo Mikulicz aplicada en la región sacra. Queda así una colostomía en cañón de escopeta [Fig. 53].

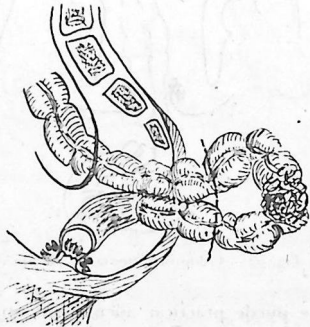


Fig. 53.— Colostomía en la Operación de Küttner.

TECNICAS PARA CONTROLAR UNA COLOSTOMIA

Están destinadas, en general, a provocar una rémora del tránsito en el cabo aferente de la colostomía, con el fin de favorecer una evacuación más abundante y única, mediante irrigaciones u otras maniobras evacuantes. Además la ectasia de las heces en esta zona determina una mayor absorción de agua y por ende una sequedad y pastosidad de ellas.

Revisaremos someramente las técnicas usadas con fines de control:

La más sencilla tal vez, es la exteriorización del asa, en forma de un cabo terminal, a través de una pequeña incisión, divulsionando los planos musculares en la fosa iliaca izquierda. Se pretende que las fibras musculares, al buscar su posición normal, efectúen una compresión del asa, logrando controlar el escape de materias fecales.

El resultado práctico ha sido que, sea por acción de infecciones o por isquemia compresiva, el anillo muscular pericostómico se atrofia, como lo hemos observado en los enfermos que se han operado con esta técnica, perdiéndose toda posibilidad de control y llevando en muchos casos a la eventración alrededor de la colostomía. Una vez instalada la eventración ya no es posible controlar la colostomía por acción de la pared abdominal.

Jentzer²¹⁶ ha determinado en sus pacientes, portadores antiguos de una

colostomía, la formación de hipertrofia de las fibras musculares circulares, remedando un verdadero esfínter. Basado en estos hallazgos propone efectuar estimulaciones eléctricas para acelerar esta hipertrofia. Así vigorizadas las fibras circulares podría obtenerse un verdadero control por esfínter.

Rank y Smith³⁸⁴ proponen una técnica de colostomía permanente controlada. Para ello fabrican un tubo de piel sobre la fosa iliaca izquierda [Fig. 54 a, b, c, d]. La cara interna del tubo es pavimentado y corresponde a la epidermis y la cara externa es cruenta y corresponde al tejido celular subcutáneo. Esta superficie externa del tubo, se protege mediante un colgajo pediculado vecino [Fig. 54 e, f, g]. Queda así terminada la primera etapa operatoria.

En el segundo tiempo quirúrgico, se exterioriza el colon descendente y sigmoideo mediante laparotomía practicada encima de la zona en que ha quedado implantado el tubo. Esto permite anastomosar el cabo intestinal en forma término-terminal al tubo de piel [Fig. 54 h, i]. El intestino se cubre en seguida con el borde cutáneo de la laparotomía. Queda así un asa cubierta por piel, dirigida de arriba abajo, que conecta con el tubo de piel en el mismo sentido mediante el cual se comunica al exterior [Fig. 54 j, k, l]. El orificio externo del tubo de piel, se mantiene cerrado entre las evacuaciones mediante un tapón plástico.

Los autores no señalan complicaciones en la piel pericostómica; pero sí, en la unión del asa con el tubo dérmico, donde se producen fístulas estercoreáceas. Para evitar esta complicación, defienden la sutura con una colostomía en el colon transversal, de carácter temporal.

Cabe criticar que no se justifica ejecutar una colostomía para proteger la construcción de otra. Tampoco es práctica la sucesión de tantas etapas operatorias: a) preparación del tubo dérmico, b) extirpación de la lesión distal (mediante operación de Miles, por ejemplo) con transversostomía defensiva y acople del asa terminal al tubo dérmico y c) cierre de la transversostomía. Resulta a la postre una técnica muy complicada y de resultados dudosos.

Zenteno⁴⁸⁸ propone una técnica similar, practicando el tubo en dirección transversal en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, entre el ombligo y la espina iliaca izquierda. El asa la exterioriza por la línea media y girándola en ángulo recto hacia la izquierda, la telescopa a través del tubo en dirección transversal, esperando que suelde a éste espontáneamente, sin sutura.

Steinberg (436) presentó una técnica con ano sobresaliente forrado por un tubo de piel, de una longitud aproximada de 10 cms. Se obtiene cierta acción compresora y a la vez un verdadero mango colostómico muy manejable; pero antiestético y abultado [Fig. 55].

El mismo autor (436) propuso posteriormente otro método para el control de las evacuaciones que podría llamarse: técnica de colostomía con asa aislada anti-peristáltica subcutánea.

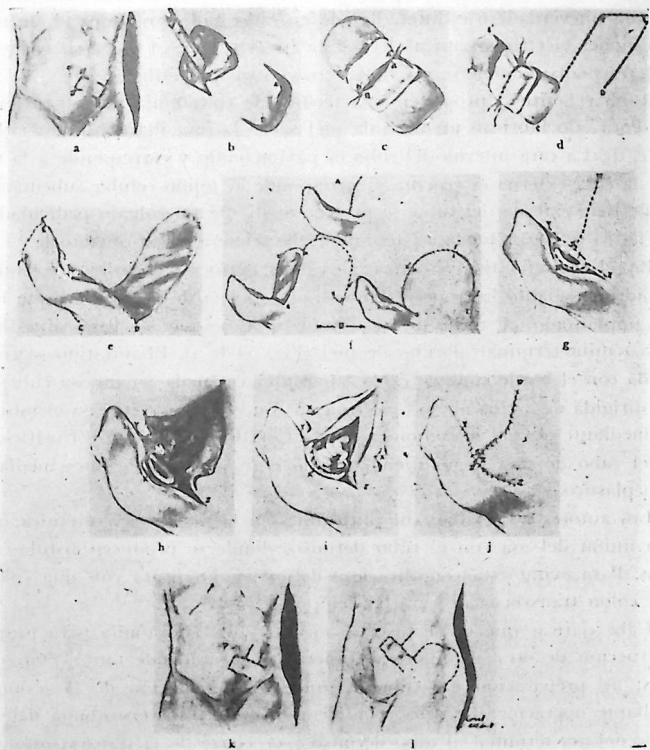


Fig. 54. - Tiempos de la Colostomía continente de Rank y Smith (RANK y SMITH).

Hace una incisión paramediana izquierda transrectal, la que permite la extirpación abdomino-perineal. Además practica una incisión transversal de 6 cms. a nivel de la espina iliaca anterior y superior, complementada por otra paralela de igual longitud, 8 a 10 cms. más arriba. La incisión superior sólo incinde piel; la inferior, todas las capas de la pared [Fig. 56¹]. El sigmoides se exterioriza a través de la incisión inferior y se aísla en él un asa cerrada en ambos extremos [Fig. 56²], de más o menos 10 cms. de largo. El peristaltismo del asa cerrada se dirige hacia abajo. El asa aislada y el sigmoides se disponen paralelos, adosados bajo la piel. El cabo caudal del asa aislada, en relación con la incisión supe-

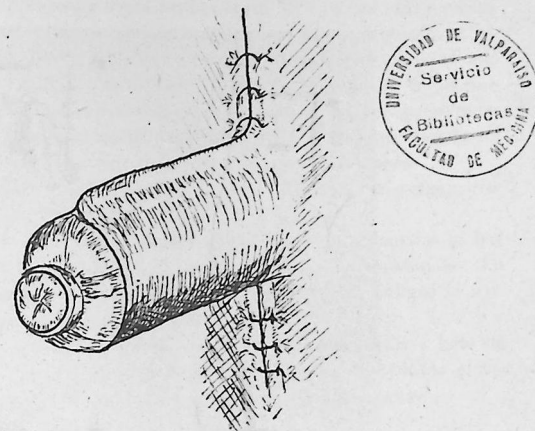


Fig. 55. - Colostomía de Steinberg con forro de piel.

rior (rotación) y el proximal, con la inferior (disposición antiperistáltica) [Fig. 56³].

Se aplica un clamp en los cabos superiores de ambas asas y después de obtenido el paso, por ruptura del espolón de adosamiento, se cierra la incisión superior de piel [Fig. 56] (3 y 4). Así el tránsito pasa por el asa aislada en sentido antiperistáltico y por un trayecto subcutáneo. Esto hace continente a la colostomía que evacúa por el cabo inferior del asa aislada. También es posible formar un verdadero bolsillo con el asa aislada efectuando su vaciamiento por vía superior como se observa en la figura 56 (a y b).

El autor dice no tener trastornos de irrigación por los cambios de posición del meso (rotación en 180°) y en cambio muy buen control de las evacuaciones que se obtienen mediante aumento de la presión abdominal y manipulaciones manuales sobre la piel.

Lilienthal²⁹³ propone una técnica exteriorizando un asa del sigmoides de 10 a 12 cms. de largo, a través de una incisión rectal izquierda. Secciona el intestino a 8 ó 10 cms. del extremo proximal del asa, después de haber fijado el mesocolon al peritoneo parietal. Tuerce el cabo proximal de la colostomía en 180 y 360 grados mediante un dedo insertado en su lumen y lo sutura en esta posición a la herida abdominal. Ambas bocas quedan separadas. Esta verdadera espina al término del cabo aferente tendría efecto de rémora en la evacuación.

Demé¹²⁷ coloca el asa debajo de un puente cutáneo el que a su vez se comprime con una lámina metálica.

Mayo y Dixon²²⁵ proponen la exteriorización de un asa de sigmoides pro-

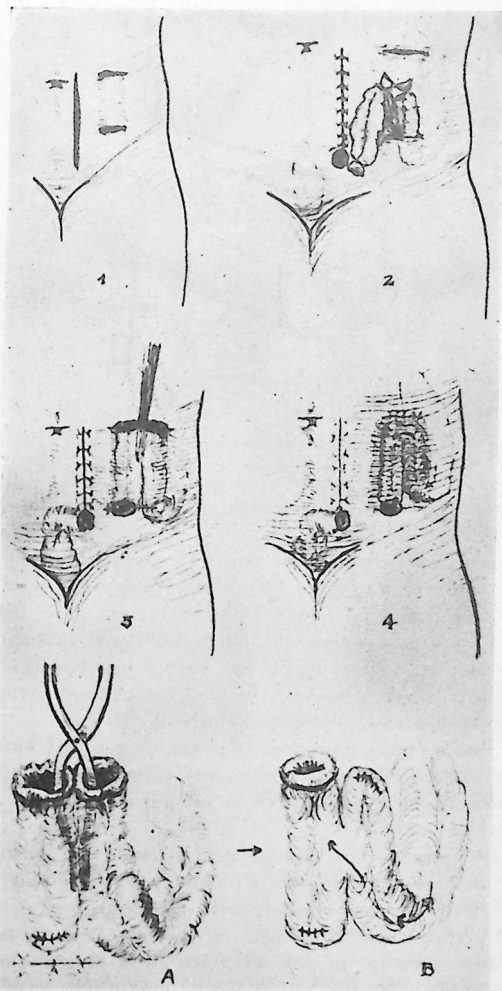


Fig. 56.—Tiemplos de la Colostomía "antiperistáltica" de Steinberg.

ximal a través de una laparotomía iliaca izquierda de 10 a 12 cms. El asa exteriorizada se fija a la pared y por un ojal de su meso, rasando el intestino, se sutura la piel de uno a otro borde de la herida, comprimiendo parcialmente ambos cabos del asa. A los 7 u 8 días se divide el intestino dejando dos cabos proyectados más o menos 1 cm. fuera del plano cutáneo con ambas bocas separadas y comprimidas por los elementos parietales, con lo que se obtiene un control adecuado, según lo observado por los autores en una serie de 65 casos.

Esta técnica ha sido modificada por Mc Guire⁹⁷ haciendo un colgajo lingüiforme que atraviesa el mesocolon.

Creemos que estas intervenciones son complicadas y están expuestas al fracaso directamente por fallas técnicas o a posteriori por fallas funcionales. En general, las compresiones y las tracciones o rotaciones ponen en peligro la irrigación con los trastornos tróficos subsecuentes.

Hoy día, la mayor experiencia en el control de las colostomías a base de irrigaciones evacuadoras, dieta y otras medidas higiénicas, ha disminuído el valor de las técnicas destinadas al control anatómico de las colostomías.

CLAMPS PARA EL CIERRE TEMPORAL DE LAS COLOSTOMIAS

Cuando no existe la indicación de derivar de inmediato el tránsito intestinal, la colostomía debe permanecer cerrada por lo menos 48 horas a fin de dar tiempo al depósito de fibrina en cantidad necesaria para proteger el paso de secreciones o líquidos filtrados hacia el peritoneo. Aun más, el asa puede permanecer cerrada solo parcialmente, permitiendo el escape de gases mediante una sonda, como está indicado en las sobredistensiones que se presentan en las obstrucciones agudas.

En las colostomías terminales por amputación abdomino perineal, hemos usado con mayor frecuencia la simple amarra con hilo grueso de la boca intestinal. Esta amarra se retira al segundo día del postoperatorio para iniciar las evacuaciones de gases.

Hemos empleado en varios de nuestros pacientes el clamp de Daniel¹²¹ [Fig. 57] que consta de dos ramas desarticulables, que mediante una hemiescotadura en cada una de ellas, forman un anillo que permite el paso de una sonda desde el lumen intestinal [Fig. 59]. La compresión de las ramas del clamp sobre el asa determina su isquemia y necrosis con el desprendimiento consecutivo del instrumento.

En la práctica el clamp de Daniel no ha demostrado ser un medio muy eficaz, no directamente por falla del clamp mismo, sino porque la sonda se ocluye con materias fecales, a menos que se practiquen irrigaciones constantemente, como lo hemos observado en varios de nuestros enfermos.

Existe otro clamp similar al de Daniel que aparece en la figura 58 que tiene el mismo objetivo; pero es de manejo más sencillo.

El clamp de Payr se puede usar también para cerrar temporalmente una colostomía. El cierre aquí es total, como en la operación de Mayo y Rankin-Turner en las excresis distales del colon y por ello debe retirarse pronto a fin de evitar excesivo acúmulo de gases.

En nuestros pacientes hemos efectuado con mayor frecuencia la simple ligadura temporal del cabo en las colostomías terminales. La colostomía en asa no presenta esta alternativa y su funcionamiento se inicia en el momento de incindir la pared del intestino con lo que comienza la evacuación de gases.

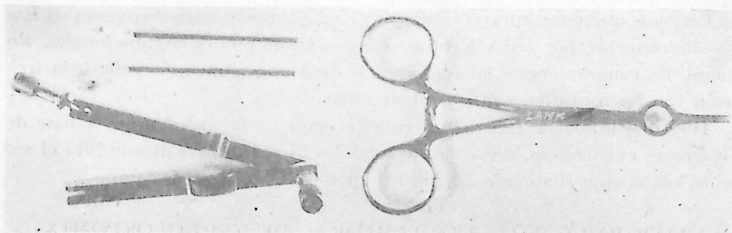


Fig. 57.— Clamp de Daniel.

Fig. 58.— Clamp similar al de Daniel.

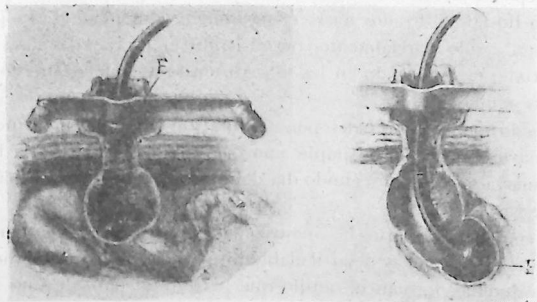


Fig. 59.— Clamp de Daniel en posición con sonda pasada.

SONDAS Y TUBOS PARA DRENAJE DE UNA COLOSTOMIA

Esencialmente las colostomías descompresivas necesitan la mediación de una sonda o de un tubo rígido de vidrio, caucho o plástico para mantener la comunicación del lumen intestinal al exterior.

La *sondas* de menor diámetro están destinadas a la evacuación de gases o

de contenido líquido, como sucede en el colon derecho proximal. Hemos visto en las técnicas de cecostomías el empleo de sondas de calibre menor que pueden perfectamente efectuar la evacuación del contenido cecal por las características físicas de éste, rico en agua, que permite el drenaje mantenido sin obstruir la sonda.

Los *tubos* de mayor calibre, pueden dejar escapar además de los gases y líquidos, materias fecales blandas, como sucede en las transversostomías. En el colon descendente la evacuación se hace más difícil por la pastosidad de las heces y se necesitan tubos de calibre amplio, como el de Paul, para lograr evacuaciones.

Sondas: Las de uso más frecuente son las del tipo Nélaton y Pezzer. Se fijan al asa intestinal mediante jaretas. La sonda de Pezzer puede seccionarse transversalmente en su porción ampular dejando una campana que facilita la evacuación.

Tubos: Existen diversos tipos de vidrio y plástico. El más usado es el de Paul [Fig. 28]. Este tubo debe fijarse mediante varias lazadas con hilo grueso que se apoya en los surcos que el tubo lleva. Finochietto¹⁶⁹ agrega un ancla de hilo que atraviesa la pared del asa colostomizada [Fig. 29].

III.—Postoperatorio

Comprende una serie de medidas que llevan al control exitoso de la colostomía e involucra una actividad en equipo y programada del médico y sus colaboradores.

Revisaremos ordenadamente estas medidas:

APOSITOS Y VENDAJES

Al finalizar el acto operatorio, la colostomía debe protegerse con gasas envaselinadas o lubricadas con cualquier componente lubricante y protector que impida por una parte la comunicación de la cavidad peritoneal con el exterior en el período previo a la soldadura del asa a la pared y por otra, que logre la protección del intestino exteriorizado, especialmente de la mucosa.

Hemos seguido siempre esta técnica en nuestros pacientes, y no hemos lamentado complicaciones derivadas de su incumplimiento.

Hay autores que proponen usar gasa *seca* alrededor de la colostomía y *lubricada* sobre la colostomía.

Las gasas que protegen lateralmente la colostomía deben dejarse sin mover hasta cinco o seis días.

El mejor conocimiento de la evolución de los anos contranatura ha conducido a que la mayoría de los autores prefiera abrir la colostomía inmediatamente después que el asa exteriorizada haya logrado cierta adherencia a la pared. Demorar esto es contribuir el ileo postoperatorio¹²³. Esta conducta no ha aumentado la frecuencia de infecciones¹²², menos hoy día en que la antisepsis colónica ha disminuído fuertemente este riesgo⁸.

Ficarra¹⁶⁰ usa clamp que lo saca a las 36 horas; coloca un cateter en la boca y repone el clamp a medio comprimir.

Daniel¹²¹ deja el clamp in situ hasta que cae por necrosis del asa, la que se avacúa temporalmente mediante sonda.

Cuando no usamos clamp, tratándose de una colostomía terminal o de una colostomía en asa, por lo general abrimos el intestino a las 48 horas de practicada, a menos que exista una obstrucción aguda, en cuyo caso, el ideal es efectuar un drenaje de la colostomía con sonda Pezzer o de Nélaton gruesa.

En las colostomías en asa, la primera abertura tiende a practicarse sobre la tenia expuesta, en forma de una incisión longitudinal al eje colónico, por el hecho indiscutible de que en esta zona sangra menos y es más firme. Esto es cierto; pero a la vez hemos observado que a menos que por tal incisión se introduzca un cateter, ésta tiene tendencia a cerrarse por la acción obturante de sus bordes, ya que justamente la tenia es la parte más traccionada y por tanto tensa de la pared.

El orificio evacuador debe tomar pared libre de tenia o incluirla; pero no depender exclusivamente de ella. Debe tener expansión transversal, algo menor que longitudinal, es decir ovoidea, y colocada más cerca del cabo aferente.

La sección misma puede efectuarse con bisturí corriente, para lo cual debe contarse con pinzas hemostáticas para algunos puntos sangrantes que provoca este corte. Como instrumento hemostático hemos usado la pinza romboidal de Gregoire y ligaduras con catgut fino. Es un método sencillo que puede hacerse en cualquier parte. El bisturí diatérmico es buen elemento de sección y facilita la hemostasia; pero no se consigue en cualquier parte. El termocauterio, usado por varios autores, no nos parece práctico, pues la sección es muy roma, gruesa y por el calor intenso que desarrolla, provoca edema del asa seccionada, especialmente alrededor de 24 horas después de efectuado el corte. Este edema en ciertas colostomías de boca angosta puede dificultar la evacuación. En las colostomías en asa hemos visto que el cauterio provoca aún intenso edema de la pared posterior que no ha sido tocada por el instrumento, jugando en ello un rol etiológico exclusivamente el calor.

A la primera abertura, que es principalmente descompresora, sucede la definitiva que es derivante y debe efectuarse al tercero o cuarto día del postoperatorio. Esta sección está destinada a dejar una boca funcionalmente apta.

Tanto las colostomías temporales como definitivas deberán funcionar más precozmente cuando se trata de una derivación de urgencia. Así en enfermos con obstrucciones avanzadas, con mal estado general, con vómitos y grave alteración hidrosalina y tóxica, deberá propenderse a la evacuación inmediata o demorada hasta un máximo de 24 horas. Cuando no existe urgencia, la evacuación puede demorarse hasta dos o tres días sin interferir en la salud.

Durante los 10 primeros días del postoperatorio, puede administrarse una o dos veces un purgante salino suave, lo que ayudará a evacuar materias fecales acumuladas generalmente en el preoperatorio en casos de subobstrucción u obstrucción total.

Ficarra¹⁶⁰ administra un purgante de sulfato de magnesia al quinto día de operado.

Hemos usado también, con éxito, la vaselina líquida a tomar, en dosis hasta de 6 cucharadas de postre diarias.

Cuando las colostomías no funcionan espontáneamente en forma precoz, en general se debe a un ileo paralítico concomitante, que debe ceder al uso de parasimpaticomiméticos (Neostigmine, Prostigmine) y enemas de aceite o suero salino en dosis repetidas de 30 cc cada 4 horas.

Una vez lograda la función de la colostomía no se recomienda continuar usando laxantes^{183, 146}, salvo en casos que sobrevenga constipación pertinaz. Se aconseja entonces agregar a la dieta jugo de frutas secas y líquidos abundantes.

RETIRO DE LOS MEDIOS DE FIJACION

Se han usado como medios de contención del asa en las colostomías "en continuidad" tubos de goma, baguetas de vidrio, tubos de ensaye envueltos en latex o un tubo de Penrose, tubos de acero inoxidable y hasta pinzas largas en casos de urgencia en que no hay a la mano otro elemento más a propósito.

Es necesario considerar que todos los tipos de colostomía tienen cierta tendencia a retraerse durante las primeras semanas. En los tipos de una o dos barras el asa anclada a la pared no tiene un peligro mayor en este sentido; pero el asa no seccionada totalmente, que queda con un tabique a expensas de la pared mesenterial es precisamente la que acusa retracciones de mayor importancia. El tabique se mantiene exteriorizado gracias a los elementos de sostenimiento señalados. Es necesario esperar a que el mencionado tabique adquiera adherencias a la pared y tejidos vecinos y que aumente su grosor mediante el proceso cicatricial resultante, antes de retirar los medios de fijación.

Hemos observado que un plazo prudencial de permanencia de estos elementos in situ es de 10 días. Así lo señala nuestra experiencia con la colostomía de Wangenstein.

Cuando el anillo parietal que da salida al asa es amplio, existe mayor facilidad para una mala tensión del tabique el que termina por hundirse en la cavidad abdominal, perdiéndose el carácter absolutamente derivativo de la colostomía. En estos casos es mejor mantener mayor tiempo los elementos de ostén.

RETIRO DE LOS PUNTOS DE LA LAPAROTOMIA

La sutura de piel de la herida operatoria destinada a exteriorizar el colon puede hacerse con hilo o alambre. Este último da mayores garantías ya que el contacto con materias fecales no provoca, como con el hilo, fenómenos de reacción. Sin embargo, el hilo aunque da escasa supuración en estos casos no constituye un problema.

Debe tratarse de retirar los puntos en cuanto se asegure una soldadura de la piel después del 8º día.

Con frecuencia, especialmente en las colostomías terminales izquierdas, hemos observado pequeños abscesos en el tejido celular subcutáneo, que se manifiestan y deben ser drenados justamente en el período en que se retiran los puntos.

CUIDADOS DEL ASA Y PARED ABDOMINAL

Cuidado del asa.—

Cuando aparece gran congestión del asa, sea por dificultad en el retorno venoso por acción compresiva parietal o por irritación directa dependiente de fenómenos inflamatorios propios de la afección causal o por acción del cauterio o bisturí eléctrico, suele sangrar la mucosa.

Para ello Moon y Christensen³⁴⁸ recomiendan aplicaciones diarias de alcohol al 50%. Jones y Kehm²⁵⁶ usan como protector una pomada de óxido de zinc.

La vaselina sólida, especialmente en los primeros días del postoperatorio, aplicada a los apósitos que cubren el asa, ha demostrado ser un excelente protector y fácil de adquirir.

Existe la posibilidad de detectar hemorragias del asa dentro de su lumen. Es necesario tener presente en estos casos que puede ser provocada por pólipos, lesiones mucosas por irrigaciones de la colostomía o invasión intraductal del asa por el proceso que compromete al intestino que ha sido la causa de la indicación de colostomía, como en el cáncer y en el linfogranuloma venéreo.

Debe advertirse al paciente que pequeñas hemorragias por traumatismos directos de la mucosa carecen de importancia. Esto ha provocado la consulta de algunos enfermos quienes no protegían debidamente su colostomía.

Cuidados de la piel.—

Este es uno de los factores más importantes en el éxito de la evolución normal de una colostomía.

Existen diversos medios de protección cutánea; pero, en ocasiones, la acción irritativa del contenido intestinal es tan intensa, como sucede especialmente en el ano cecal, que se hace necesario recurrir a la prueba de los diversos elementos protectores recomendados.

Ficarra¹⁰⁰ afirma que el contenido fecal de reacción alcalina es irritante para la piel cuya superficie mantiene normalmente un medio ácido. De aquí deduce que el tratamiento protector consiste en acidificar las heces o alcalinizar la piel. En el acto quirúrgico cubre la piel con una solución de ácido salicílico en tintura de benjuí que forma una película protectora. Cuando la colostomía comienza a funcionar se limpia con hexametáfosfato de sodio (solución al 1%), solución buffer que neutraliza el líquido alcalino intestinal. Después se aplica nueva tintura de benjuí protectora que con ácido salicílico provoca, por efecto de éste, una acción queratolítica con reproducción de queratina.

Moon y Christensen³⁴⁸ usan aceite de oliva en vez de jabón para el aseo de la piel.

El aluminio es un excelente protector. Se ha usado en diferentes formas. La pasta de aluminio recomendada por Mc Lanahan³⁰⁵ consta de: aluminio metálico en polvo fino, una parte; óxido de zinc, dos partes y vaselina en cantidad suficiente para lograr el aspecto físico de una pasta. Este protector lo hemos usado ampliamente con buen resultado. Sin embargo, la forma más efectiva de aplicar el aluminio lo hemos obtenido con el "esmalte de aluminio" corriente que se vende en las mercerías para pintar maderas o metales. Este esmalte forma una película muy resistente e hidrófoba que hace escurrir las secreciones sin dañar la piel. Cae espontáneamente en forma parcial a las 48 ó 72 horas; pero previa limpieza con éter o acetona, se retira totalmente para hacer una nueva aplicación.

El óxido de zinc muy recomendado por Hesse²²⁵ y Landsman²⁸⁵ es también un protector, aunque inferior al aluminio. Lo hemos usado como integrante de la pasta Lassar.

Lions³⁰⁶ recomienda lo que él llama protector "de 4 ingredientes": aceite de castor 129 grs., óxido de zinc 6,4 grs., aristol 2 grs. y vaselina líquida 25 grs.

Smith⁴²⁸ usa una película protectora de gutapercha sobre la piel alrededor de la boca.

Relaciones del asa colostomizada y la pared abdominal.—

En las primeras 48 a 72 horas existe la posibilidad de un adosamiento imperfecto del perímetro del asa de colostomía al contorno de la pared abdomi-

nal, mientras se deposita allí la fibrina necesaria para obturar y posteriormente organizar en forma más firme ambos elementos.

Esta brecha virtual debe protegerse en las primeras horas con gasa. Esta gasa la hemos usado impregnada en vaselina sólida. Hay autores que son partidarios de usarla seca. No parece existir razón científica poderosa alguna que indique la conveniencia de uno u otro procedimiento.

La gasa protectora de la brecha debe retirarse tardíamente al 5º ó 6º día.

Hemos observado que cuando la gasa está totalmente impregnada en vaselina no absorbe el contenido líquido que evacúa la colostomía, resbalando sobre ella sin impregnarla. Esto permite mantenerla in situ un tiempo prudencial ya señalado.

DESODORANTES (Clorofila)

Uno de los factores de mayor importancia en la ayuda del paciente que debe sobrellevar una colostomía es reducir el mal olor de las evacuaciones.

La clorofila ha demostrado gran acción desodorizante de secreciones sudoríparas, ulceraciones, heridas infectadas, gangrena y otros malos olores orgánicos. El mecanismo de acción no se conoce en forma cierta, aunque Coren y Barnard¹¹³ han determinado que la clorofila hidrosoluble provoca cambios en el metabolismo bacteriano de manera que los organismos productores de ácido sulfhídrico dejan de poseer esta capacidad, desapareciendo así una verdadera "fábrica" de olores fecaloideos.

Esta actividad se ha usado con éxito en la reducción del mal olor de las colostomías. Weingarten y Payson¹⁷⁰ lograron reducir enormemente el mal olor administrando 4 a 8 tabletas diarias de clorofila cuyo efecto se apreció desde las primeras 48 horas. Sin embargo, Astler y Morley¹⁹ no obtuvieron efecto por vía oral a dosis desde 0,10 grs. hasta 0,4 grs. 3 a 4 veces al día; en cambio se obtuvo gran reducción del olor aplicando localmente la clorofila, en la colostomía misma.

Este hecho lo había demostrado ya Goodman²⁰⁴ usando clorofila local introducida en la colostomía en cápsulas de 60 mgr. con 360 mg de carbón o caolin.

En varios de nuestros enfermos se ha usado clorofila por vía oral, administrando tabletas que se expenden en el comercio para usos varios. Los resultados han sido favorables en dosis de tres tabletas diarias.

CONTROL DE LA COLOSTOMIA

Lahey²⁸⁴ no cree en las colostomías con control esfinteriano; el cual lo basa en la boca chica del asa que sólo deja pasar el índice, en la constipación relativa obtenida a base de dieta y en el uso de irrigaciones evacuadoras.

Mc Lanahan y Gilmore³⁰⁹ encuentran que un 68% de sus operados controlan satisfactoriamente la colostomía, es decir, mantienen un hábito de evacuación con ritmo, pudiendo anticipar un movimiento intestinal; desarrollan sus actividades normales y ninguno es inválido.

El control de la colostomía puede lograrse y sus evacuaciones pueden obtenerse voluntariamente de dos maneras: adquiriendo el hábito de evacuación espontánea a determinada hora, para lo que se usa bolsa receptora en el momento de la evacuación, o bien, mediante irrigaciones practicables cada 24 a 48 horas.

En nuestro medio es difícil formarse un juicio adecuado del porcentaje de enfermos que controlan su colostomía, sin embargo, de los que concurren a control, buen número se manifiesta contento del funcionamiento del ano contranatura.

ALIMENTACION

Hoy día es consenso casi unánime que el control de la colostomía depende en gran parte del régimen dietético^{62, 429, 284, 432, 318, 457, 306}.

Rankin³⁹² asegura que algunas colostomías que fallan por evacuar deposiciones muy líquidas pueden controlarse con la dieta.

Es necesario considerar que no todos los pacientes responden uniformemente a la dieta y en algunos no se logra evitar las deposiciones acuosas^{109, 113, 423, 62}.

Una enferma nuestra, portadora de una colostomía de Wangensteen, presentó diarreas durante meses incontrolables, aún con dietas constipantes, solo el opio logró mantener más o menos adecuadamente el control de las evacuaciones. En otros pacientes observamos diarreas pasajeras casi todas controlables mediante regímenes alimenticios.

Bargen y Victor³⁴ han sido de los primeros entre muchos autores que se han preocupado del estudio de dietas reguladoras de la función de una colostomía y aconsejan los siguientes principios directivos de la dieta en el primer período de adaptación: 1) líquidos escasos y alimentos sin residuo, ricos en calorías; 2) los líquidos no deben exceder del litro diario y 3) no deben administrarse alimentos líquidos ni sólidos fuera de las comidas regulares. Con estas medidas se logra generalmente una constipación, sobre la que puede agregarse después cantidades controladas de líquido y aumento gradual de la ingestión de vegetales y frutas.

Esta alimentación constipante, sin residuos, se administra habitualmente durante los 10 días siguientes a la primera evacuación que se ha logrado por medios impulsivos y no espontáneos.

La constipación debe controlarse adecuadamente para evitar pequeñas impactiones fecales de la colostomía, que se instalan con mayor frecuencia inmediatamente detrás de la pared abdominal que ofrece resistencia al tránsito.

En la obtención de una dieta cualitativa y cuantitativamente equilibrada deben intervenir en armonía el médico y sus colaboradores inmediatos al objeto: la dietista y el personal intermediario. Para ello se eligen varias dietas standard, generalmente tres que se van usando ordenadamente a medida que el control de evacuaciones se va logrando de acuerdo con el plan preestablecido y que se inicia con la constipación ya señalada, sobre la que se hacen las modificaciones adecuadas a cada paciente.

Siguiendo la técnica de usar 3 dietas, podemos emplear en nuestro medio las siguientes:

Dieta 1:

(Usada en el hospital mientras se dan los primeros pasos en el control o cuando éste desaparece por evacuaciones frecuentes).

Desayuno y onces: (a escoger) leche, azúcar, tostadas, mantequilla, huevos cocidos, té o café.

Comidas: sopas (con verduras tamizadas), carne, pescado, huevos, papas, arroz (cocido aguado), pudines (suaves), pan con mantequilla, queso, quesillo, plátano, gelatinas, pasteles y masas, leche cocida, té.

Esta dieta puede mantenerse por dos semanas.

Dieta 2:

(Desde el alta del hospital, más o menos a la segunda semana de operado, hasta 2 meses después).

Puede agregarse a la dieta 1 lo siguiente:

Sopas de todos tipos (menos tomate y grano duro), carnes (de cualquier clase), arroz, tallarines, fideos, macarrones (sin aliño), camote, cocoa.

Dieta 3:

(Usada después de dos meses) agrega: apio, lechuga, habas, repollo, coliflor, espárragos, tomates, trigo y maíz (en poca cantidad), frutas secas o cocidas (duraznos, damascos, peras, manzanas), jugo de naranja.

Deben evitarse: granos crudos, alimentos fríos, cigarrillo y café, que, especialmente estos últimos, pueden irritar el colon.

Gabriel¹⁸³ ha determinado que el alcohol es bien tolerado en los pacientes acostumbrados a beberlo.

IRRIGACIONES

La evacuación artificial del colon es el mejor medio para poder sobrellevar una colostomía con éxito^{285, 141, 141, 62}, especialmente en las ilíacas izquierdas

definitivas, en que el colon izquierdo actúa como un reservorio donde se reabsorbe gran cantidad de líquido, secando las heces y adaptándose fácilmente a un almacenamiento importante.

Esto permite una evacuación de gran volumen una vez al día o cada 48 horas^{54, 55}, con lo que el paciente soluciona eficazmente la mayoría de sus problemas provenientes de una evacuación espontánea no controlada; 76% de los casos según una serie de Jones y Kehm²⁸⁶.

Las irrigaciones deben comenzar desde el 7º día de efectuada la colostomía y es necesario recordar que no están exentas del peligro de perforación por lo que deben efectuarse con mucha prudencia.

Para Durand la triada base del éxito en el cuidado de la colostomía está dada por: 1) Consistencia de las materias fecales, que se consigue con dieta constipante; 2) control del peristaltismo que el autor frena usando sulfato de anfetamina racémica o dextroanfetamina, droga que a la vez son frenadoras del

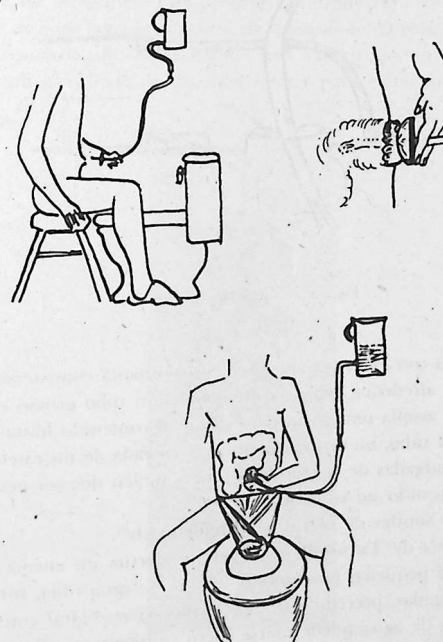


Fig. 60.— Método de irrigación de Turnbull y Michels.

apetito. Sin embargo, administradas inmediatamente antes de las comidas no alcanzan a provocar anorexia; 3) evacuación completa mediante irrigación.

Gordon-Watson²⁹⁷, Miles³¹³ y Milligan³⁴⁵, coinciden en que las irrigaciones deben reservarse para cuando la colostomía no ha evacuado espontáneamente y en forma regular.

Por último, hay pacientes que acostumbran a evacuar espontáneamente a una hora determinada sin recurrir a evacuaciones.

Turnbull y Michels⁴⁵¹ publican un sistema de irrigación muy práctico que reproducimos en la figura [Fig. 60] en que el paciente coloca un delantal plástico por debajo de la colostomía, que lleva las materias fecales al retrete. El sistema de irrigador es el comúnmente usado en toda clínica, conectado a una cánula de goma con tapón de disco para ocluir la colostomía y retener momentáneamente el líquido.

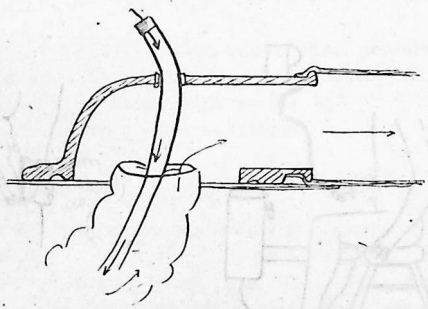


Fig. 61.— Adaptador de Binkley.

Binkley⁵¹ usó con éxito un irrigador de colostomía consistente en un adaptador a la pared alrededor del asa conteniendo un tubo grueso curvado en 90 grados, al que se acopla una goma para vaciar el contenido hasta el retrete. En la convexidad del tubo, un orificio permite la entrada de un catéter que llegando hasta pocas pulgadas de profundidad en el lumen del asa permite un lavado copioso practicando un sifonaje [Fig. 61].

Un irrigador similar de vidrio usa Breidenbach⁹⁸.

Con el sistema de Turnbull y Michels se efectúa un enema las veces que sean necesarias en pequeñas porciones de 250 cc de agua tibia, introduciendo el catéter 4 a 6 pulgadas, precedido de una exploración digital convenientemente lubricada. En vez de agua puede usarse suero fisiológico y soluciones suaves de bicarbonato de sodio o permanganato de potasio.

Suele suceder que el enema no se elimina de inmediato mojando posterior-

mente los apósitos. Para ello se recomienda usar el mismo catéter para drenar el líquido que resta en el colon.

Varios autores recomiendan el masaje de derecha a izquierda para facilitar la evacuación^{457, 454, 259}, en posición de decúbito izquierdo.

En la serie de 500 enfermos controlados por Turnbull y Michels la manobra demora cada día entre 45 y 60 minutos.

Jones y Kehm²⁵⁶ recomiendan efectuar las irrigaciones cada 48 horas, con ello la colostomía funciona mejor y evita irritaciones por exceso de lavados. Igual criterio exponen Durand¹⁴⁷ y Cattell^{92, 94}, quienes insisten en que un llenamiento mayor del colon con una evacuación total mediante irrigación se consigue cada 48 horas.

Mc Swain¹⁴² ha publicado un receptáculo de aluminio que facilita la entrega de materias fecales al artefacto sanitario.

Paz³⁶⁷ publica una prótesis para usar nada más que durante las irrigaciones, que consta de una bolsa receptora de borde inflado aplicable a la colostomía, portadora de un orificio que permite la introducción de un catéter para la irrigación y de una manguera gruesa de desagüe de 50 cms. que se aplica al receptor del alcantarillado. Posee además una válvula que es una lengüeta de goma que obtura el orificio de paso del catéter para evitar salida de materias



Fig. 62.— Aparato de irrigación propuesto por Paz (PAZ).

fecales a su través en el momento de evacuar que se produce a los 15 ó 30 minutos de aplicada la irrigación. Esta prótesis es fácilmente lavable lo que debe hacerse de inmediato y evita además el transpaso al retrete de emunctorios desde una bolsa cerrada [Fig. 62]

Davis¹²³ usa un tapón protector atravesado por el extremo de una sonda del que sobresale tanto como el grosor aproximado de la pared abdominal. Esto permite hacer irrigaciones sin peligro de perforaciones del asa por largo indebido del cateter. Greene y Greene²⁰⁹ apoyan este criterio en defensa de las perforaciones por cateter. Sin embargo, Lahey²⁸⁴ usa cateter introducido hasta 6 pulgadas o más lubricada convenientemente. Lo mismo hacen Wiley y Sugarbaker⁴⁷⁶ colocando el cateter de irrigación hasta 15 ó 20 cms. (6 a 8 pulgadas) lubricado con vaselina a través de una tetina de mamadera.

Hoffman y Macht²³⁰ usan un cateter de Foley lubricado acoplado con una bolsa de latex de 5 cc de capacidad que sirve como balón de taponamiento en la ostomía.

Otro buen adaptador para irrigaciones es el de Dudley Smith⁴²⁸. [Fig. 63].

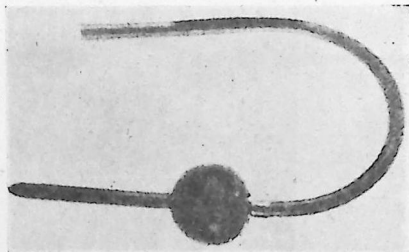


Fig. 63.—Adaptador para irrigaciones de Dudley Smith (SMITH, T. E.).

En los casos en que se necesita mayor presión para ser lavada una colostomía puede usarse el irrigador de Russel Best⁴⁸.

Se ha publicado un doble aparato plástico⁴⁹¹ en que uno sirve de tapón y el otro tiene un orificio por donde penetra un cateter para irrigaciones.

Otros aparatos irrigadores con tapón para la colostomía han sido descritos por Binkley⁵¹, Bowman⁶⁵ y Knight²⁶⁹.

Nunca debe usarse agua jabonosa en las irrigaciones⁴²⁹, pues es irritante de la mucosa colónica.

TAPONES PARA COLOSTOMIA

Después de evacuada la colostomía existe la posibilidad de aplicar un verdadero tapón que tiene por finalidad impedir la salida de materias líquidas o gases.

Se han ideado de varios tipos y formas y deben tener características tales que no irriten la piel ni el asa⁴⁴⁰.

Smith T. E.⁴²⁹ ha presentado un tapón de vitalio con un vástago central director. En la figura [Fig. 64] aparece el tapón aplicado a una colostomía de Devine.

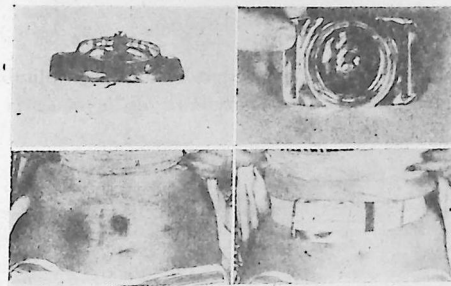


Fig. 64.—Tapón de Smith T. E. de vitalio (SMITH, T. E.).

Rank y Smith³⁸⁴ publican otro tapón de acrílico, con control de escape de gases [Fig. 65]. Este tapón puede acondicionarse en la colostomía con tubo de piel propuesta por los autores [Fig. 66].

Kausch coloca²⁵⁸ un balón inflable en el cabo distal de una colostomía en asa para hacerla totalmente desfuncionalizante.

Wulff⁴⁸¹ publica un tipo de tapón con un balón inflable que introducido en el asa ocluye totalmente y lleva además un dispositivo para controlar escape de gases.

Lamson¹⁶⁹ ha ideado un tapón inflado muy práctico y fácil de usar [Fig. 67], [Fig. 68].

Hirsfeld y Sutton²²⁹ han ideado un protector plástico para colostomías, en que se ha logrado un control con evacuaciones cada 24 ó 48 horas. El aparato permite escape de gases; pero sin olor para lo que se condiciona en el trayecto de salida de los gases un filtro. Todo el mecanismo es sencillo y desarmable y se lava fácilmente [Fig. 69].

Fox y Brush⁴⁷⁵ publican un aparato plástico muy aceptado por 300 pacien-

tes controlados, fácil de limpiar, que no usa cemento ni irrita la piel ni la mucosa.

En los vaciamentos pelvianos por cánceres avanzados en la esfera ginecológica, rectal o vesical, se ha indicado la implantación de los ureteres a la piel. El acople al colon puede efectuarse al ciego¹⁷ o al sigmoides. Esto último hace que la sigmoidostomía terminal permanezca mojada por la orina con los trastornos consiguientes. Bell, Yatsuhashi y Parson¹¹ proponen el uso de un cateter grueso de caucho que se mantiene dentro del asa de colostomía y evita el drenaje de orina al exterior, mediante un balón de latex aplicado al extremo del cateter que al inflarse se adapta a las paredes del intestino como el balón de una sonda de Miller-Abbott.

PROTESIS

Antiguamente lo habitual era usar bolsas receptoras aplicables a la colostomía una vez que se obtuviera una soldadura firme del asa a la pared.

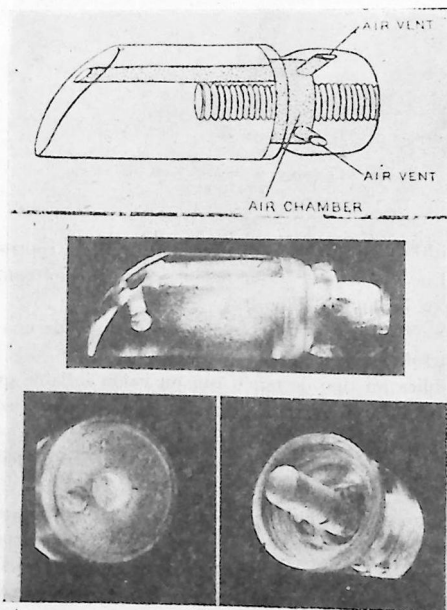


Fig. 65.—Tapón de acrílico de Rank y Smith (RANK y SMITH).



Fig. 66.—Colostomía con tubo de piel de Rank y Smith (RANK y SMITH).

Hoy día, a la luz de una experiencia dilatada, tanto por parte del médico como por lo expresado y logrado por el enfermo, se considera que el ideal es llegar a controlar las evacuaciones espontáneamente o con irrigaciones²⁸⁴. Los pacientes prefieren cubrir la colostomía con gasa y colocar sobre ella material plástico que además de contener, obtura el ano^{285, 264, 182, 352, 336, 453}.

Muchos autores recomiendan el uso de un calzón elástico [Fig. 70] que aplica los apósitos sobre la colostomía en forma cómoda. Estos autores consideran que el uso de bolsas queda para quienes admiten la derrota en el manejo controlado del ano contranatura^{348, 454, 256, 306, 376}. Este hecho lo hemos comproba-

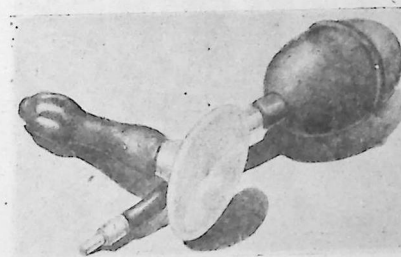


Fig. 67.—Tapón de Lamson con el dispositivo para inflar (FINOCHIETTO).

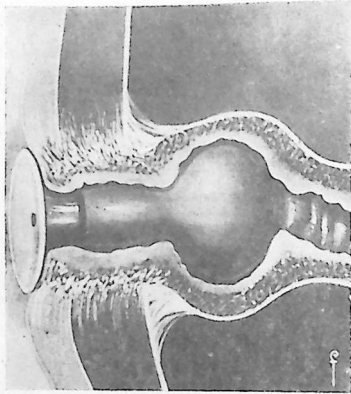


Fig. 68.—Tapón de Lamson aplicado en la colostomía (FINOCHIETTO).

do en nuestros pacientes, quienes rechazan la bolsa, que se impregna de mal olor²⁵⁵, a la vez que, a pesar de adaptarse a la piel, dejan escapar gases y secreción que ensucian e impregnan los vestidos; por último al mantener las heces en la bolsa, que habitualmente no puede lavarse de inmediato, irritan la piel por su contacto directo y mantenido.

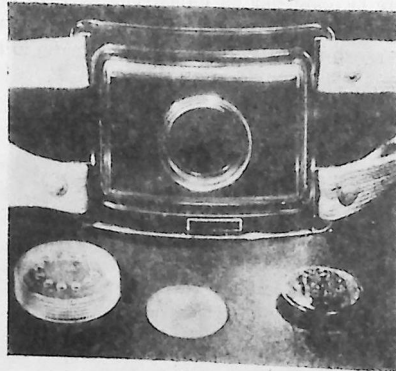


Fig. 69.—Tapón de Hirsfeld y Sutton (HIRSFELD y SUTTON).

Se ha culpado además a las bolsas receptoras de provocar con su anillo de adaptación el prolapso del asa o la eventración pericostómica, en el primer caso por la acción propulsora de la mucosa dentro de la bolsa y en el segundo, por la atrofia muscular alrededor de la ostomía^{256, 54, 183, 303, 261}.

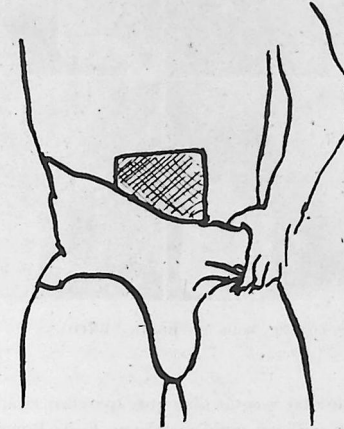


Fig. 70.—Calzón elástico que contiene los apósitos sobre una colostomía.

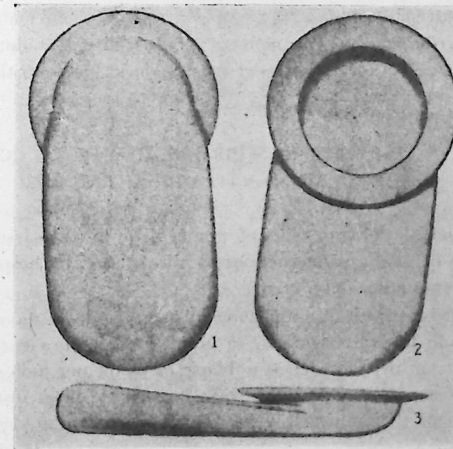


Fig. 71.—Bolsa receptora de Bowman.

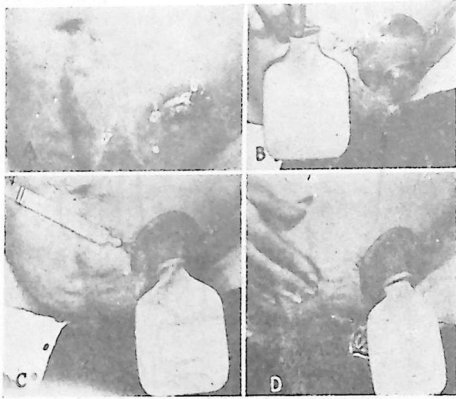


Fig. 72.—Bolsa de Brown (BROWN).

Las prótesis más usadas y conocidas que aparecen citadas en los textos clásicos son las de Rutzen y Zaetz; pero es, tal vez, la de Bowman [Fig. 71] la más cómoda y adaptable, fácilmente obtenible en nuestro medio y de fabricación sencilla. Se aplica mediante faja elástica que hace de cinturón comprimiéndola contra el ano contranatura.

Brown⁷¹ describe una bolsa de goma acoplada a un adaptador plástico que se amolda herméticamente a la boca del asa, siendo su característica especial la excelente adaptación [Fig. 72].

INSTRUCCIONES AL PACIENTE SOBRE EL USO DE LA COLOSTOMIA EN EL MOMENTO DEL ALTA

Todo cirujano que ejecuta una colostomía debe instruir a su paciente en el cuidado y aseo de ella. Las instrucciones serán dadas en el hospital para que reciba entrenamiento antes del alta.

a) El aseo debe practicarse con agua y jabón desde el momento en que se haya completado la cicatrización de la herida por donde emerge la colostomía. Si hay irritación dérmica debe cambiarse el jabón por aseo exclusivo con aceite de oliva. Cuando la dermatitis es más importante debe instruirse al paciente para que sepa diagnosticarla y de concurrir a consultar de inmediato.

b) El enfermo aprenderá a evitar ciertos alimentos que le irritan la piel; deberá conocer con el tiempo cuáles alimentos le producen evacuaciones fre-

cuentes o líquidas para evitarlas y cuáles provocan meteorismo. El tabaco, el café y otras bebidas suelen irritar el colon.

Hay enfermos que necesitan restringir los líquidos, otros no alteran sus evacuaciones con la mayor o menor ingestión de agua.

c) Deberá instruirse además sobre el acostumbramiento a la evacuación a una hora determinada del día. Lo correcto es obtener una o máximo dos diarreas. Cuando esto no se obtiene, el médico deberá instruir sobre el uso de irrigaciones¹⁵⁴ que no están exentas de peligro.

No deben usarse purgantes fuertes como el aceite de ricino, pues provocan evacuaciones que en manos del enfermo son incontrolables y exponen a complicaciones del asa y de la pared abdominal.

d) Las instrucciones se completarán con la enseñanza del uso correcto de la bolsa receptora cuando no se consigue el control de la colostomía y de agentes desodorizantes como la clorofila.

Ulin¹⁵⁷ recomienda que los problemas que plantea una colostomía deben ser discutidos tanto del punto de vista del médico como del paciente. Casi la totalidad de los fracasos³⁹¹ reconocen como causa la falta absoluta de instrucción al paciente sobre el uso de la colostomía. Enfermos bien aconsejados llegan a controlar la evacuación prácticamente todos.

Milwisky y Mandl³⁴⁷ insisten en la frecuencia de la infección urinaria en pacientes colostomizados, por lo que conviene controlar estos enfermos en este terreno.

Las medidas anotadas han logrado un control eficaz y han hecho desaparecer el pesimismo que sustentaba Lockhart-Mummery^{295, 303} a pesar de que ya en la misma época Rankin y Eubanks³⁸⁷ afirmaban que las complicaciones, en su mayoría, pueden evitarse mediante técnicas bien hechas a base de la *instrucción adecuada del paciente* para su manejo.

B.—CIERRE

Esta segunda parte de la técnica de una colostomía es obligada en los anos contranatura *temporales*.

Se considera que una colostomía temporal debe cerrarse una vez que ha logrado su objetivo, esto controlado mediante endoscopia y estudio radiológico.

El objetivo puede ser la deflujión de un proceso inflamatorio, la solución de un cuadro obstructivo agudo y tratado, protección de una resección, etc.

La cura del cuadro motivante de la colostomía o las suturas de una resección deben controlarse, siempre que sea posible, mediante la endoscopia y el estudio radiológico por enema. Siendo este control satisfactorio se procede a tomar las medidas preoperatorias destinadas a asegurar el éxito operatorio del cierre.

Este camino hemos seguido habitualmente en nuestros enfermos y jamás se cierra una colostomía sin el control aludido.

Por lo general nunca hemos cerrado una colostomía temporal antes de 2 a 3 meses de ejecutada. Esto permite una regresión total de los procesos inflamatorios que siguen a la ejecución y que perturban el cierre, de los cuales el edema es el más constante.

I.—Preoperatorio

En forma similar que en el preoperatorio de la ejecución de una colostomía, deben tomarse medidas destinadas al éxito quirúrgico.

1) *Régimen alimenticio*: Debe administrarse una dieta sin residuos durante los tres o cuatro días previos al cierre. Además debe cuidarse de la ingestión adecuada de proteínas a fin de mantener una proteinemia y un almacenamiento orgánico normales y evitar edemas por mecanismo carencial.

2) *Evacuaciones y lavados*: La porción distal a la colostomía ofrece la facilidad de ser evacuada mediante irrigaciones en sentido caudal. También se aplican lavados por vía natural para evacuar el colon terminal y recto.

La porción proximal a la colostomía sólo puede evacuarse mediante laxantes o purgantes suaves. Es cierto que puede estimularse la evacuación del cabo aferente de la colostomía mediante irrigaciones pequeñas que complementan el aseo de este territorio.

La limpieza del colon desempeña un rol básico en el éxito del cierre y evita una impactación fecal en el postoperatorio que puede llevar a la obstrucción.

3) *Antisepsis*: Con fundamento más sólido que en el preoperatorio de la ejecución de una colostomía, deben usarse drogas para preparar el cierre de ella. Es justamente el peligro de contaminación peritoneal el gran escollo en la técnica del cierre. Hoy día, la protección del colon con las medidas de antisepsia, ha mejorado fundamentalmente la morbilidad operatoria en el cierre.

En el capítulo de "Complicaciones del cierre" podrá verse como en un solo caso hemos observado un absceso del tejido celular subcutáneo, que no dió mayores alteraciones y ningún caso de peritonitis.

Respecto al uso y dosis de las drogas ver capítulo del preoperatorio de la ejecución de la colostomía.

Al administrar drogas que bloquean los gérmenes del colon, se empleará la vitamina K en dosis de 10 a 20 mgs. diarios con control previo de protrombinemia.

4) *Preparación de la piel*.—Antes de proceder al cierre de una colostomía es preciso que la piel circundante esté sana, libre de erosiones, ulceraciones o maceración.

Considerando la alta septicidad del contenido fecal que ha estado en contacto con la piel, debe practicarse desde dos días antes del acto operatorio, aseo prolijo de ella con agua y jabón y en caso de aparecer sustancias grasas, retirárlas con éter.

Desde el momento en que el paciente va a ser trasladado al quirófano, es necesario vigilar que no se produzcan nuevas evacuaciones, que al no ser retiradas a tiempo entorpecen la labor en el pabellón.

5) *Estudio radiológico*.—Este estudio permite establecer la integridad del colon, la ausencia de obstrucciones distales a la colostomía, posición precisa de ella, forma en que se ha efectuado (cuando se carece de antecedentes sobre la ejecución) y regresión de la afección causal. Este último factor abarca la exploración de procesos fistulosos y sinusales mediante radiografías especiales en cada caso en particular.

En nuestra casuística hemos comprobado el valor de este estudio previo al cierre. Es particularmente ilustrativo el caso de una paciente con obstrucción rectosigmoidea y sigmoidea que se trató mediante ano contranatura de Mikulicz, resultante de una resección de una asa sigmoidea portadora de una diverticulitis tumoral. La derivación obtenida con el ano de Mjkulicz solucionó los problemas de distensión colónica.

Al tratar de efectuar posteriormente el cierre quirúrgico de la boca una vez destruido el espólón, la sutura estalló en dos ocasiones, la que afortunadamente había sido cerrada en forma extraperitoneal. Antes de insistir por tercera vez en el cierre, se procedió a efectuar un estudio radiológico por enema baritado el que demostró debajo de la zona colostomizada, es decir en sentido caudal, una subobstrucción por diverticulitis que al cerrar el asa hacía estallar la sutura. La subobstrucción se debía a una infiltración tubular del sigmoides distal [Fig. 73]. El colon transversal, dispuesto en guirnada permitió la solución del problema mediante una derivación interna, practicando una colocolostomía del transversal al rectosigmoides por debajo de la lesión, salvando así el escollo y logrando el éxito del cierre quirúrgico del ano contranatura.

6) *Intubación intestinal*: La sonda de Miller Abbott ofrece mayores seguridades de éxito. La hemos usado en muchos de nuestros pacientes, sin embargo, no siempre contamos con la colaboración del enfermo quien se niega a ser intubado o se tropieza con dificultades en el paso al intestino delgado. Aun más, la mayor extensión en el cierre permite obviar el uso de la intubación que es sólo una medida de seguridad.

La sonda rectal, que algunos autores insisten en usar, la hemos dejado de mano, pues es de utilidad dudosa ya que no debemos suponer un obstáculo anorrectal para la evacuación de gases. Por lo demás las irrigaciones en el post-

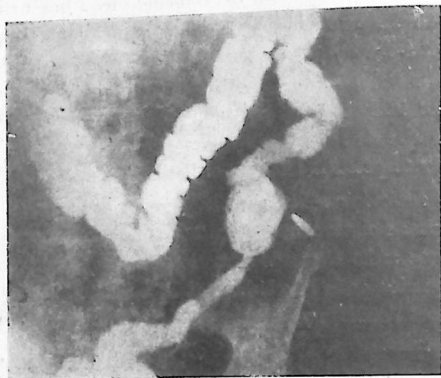


Fig. 73.—Substenosis tubular del sigmoides distal a la colostomía.

operatorio precoz están contraindicadas, quedando así muy reducida la utilidad de este tipo de sonda.

7) *Planes operatorios y corrección de procesos concomitantes* al que ha motivado la colostomía.

Los planes de preparación y técnica para el cierre de una colostomía son sencillos cuando se trata de pacientes que nosotros hemos colostomizado, cuando se han usado técnicas conocidas o muy divulgadas y por último, cuando se cuenta con documentos que detallen la técnica usada y las características anatómicas de la exploración quirúrgica de donde nació la indicación de colostomía. Cuando no es así, suelen presentarse dificultades técnicas para el cierre. De ahí que es imprescindible formar un plan operatorio previo, a fin de obviar las dificultades de cada caso.

Es fundamental corregir previamente otras lesiones quirúrgicas que puedan coexistir en las que participe el colon, sea en conexión con vías biliares, intestino delgado, árbol urinario, genitales internos y cavidades pelvi-perineales, de carácter fistuloso o de otra naturaleza inflamatoria o tumoral. Tal concomitancia no es excepcional y es de la mayor importancia corregirlas antes del cierre de la colostomía¹⁰⁷.

8) *Examen digital del asa*: Es un buen método de exploración para determinar el estado local del asa antes del cierre. Establece la existencia de estrecheces, grosor de la pared intestinal y la presencia de edema, el que debe desaparecer totalmente antes de proceder al cierre.

I.—METODOS GENERALES

PRINCIPIOS QUE RIGEN EL CIERRE.—Existen condiciones indispensables sobre las que varios autores han insistido^{134, 167, 169, 167} para obtener éxito en el cierre, que nosotros hemos comprobado ampliamente.

Ellos son: a) Buena irrigación de los cabos que van a ser anastomozados o de los bordes de la boca a cerrar.

b) Los bordes suturados no deben quedar tensos, para ello debe obtenerse una liberación adecuada del asa.

c) Es necesario esperar que desaparezca el edema en las colostomías recientes antes de proceder a su cierre.

d) Los bordes a anastomozar deben ser despojados totalmente de tejido cicatricial para evitar suturas gruesas que ponen en peligro el lumen de la anastomosis.

e) La sutura debe protegerse por cubierta peritoneal mediante plano seroso.

METODOS EXTRA E INTRAPERITONEALES.—La diferencia nace del intento de ejecutar técnicas que no abren la cavidad peritoneal cuyo objetivo es evitar la contaminación; pero dan el inconveniente de dejar fijo el colon a la pared abdominal cuando se ha cerrado la colostomía.

Por otra parte, las técnicas que abren el peritoneo, son de más fácil ejecución, dan más libertad al cirujano y no dejan el colon anclado a la pared²¹⁷. En los métodos intraperitoneales la antisepsis colónica y la técnica minuciosa, disminuyen la mortalidad.

Garat^{186, 189, 191} atribuye al cierre extraperitoneal los siguientes peligros: deshiscencia de sutura con formación de flegmón esteatoráceo y producción de una fistula; eventración paracolostómica y entorpecimiento del tránsito colónico por pérdida del mecanismo de prensa abdominal sobre el sector aprisionado en la pared fuera del peritoneo, además de los inconvenientes y peligros que ofrece la destrucción del espólón que trae aparejado habitualmente el método extraperitoneal.

Pilcher y Nadeau²⁷⁴, en el cierre extraperitoneal, para evitar las eventraciones, a las que alude Garat, practica la sutura sin abrir el peritoneo y dejando el asa subaponeurótica.

Generalmente se acepta que el cierre extraperitoneal tuvo su época de mayor valor en la era preantibiótica y con menores posibilidades de tratamiento general a base de administración de proteínas, hidratación y dosaje de iones^{112, 302, 50}. A pesar del progreso del preoperatorio que ha permitido efectuar técnicas intraperitoneales que indudablemente son ventajosas, no debemos olvidar algunas bondades del método extraperitoneal.



En uno de nuestros enfermos operado hacía 20 años de un megasigma con la técnica de Mikulicz y cerrada posteriormente en forma extraperitoneal, se ha presentado después de tantos años una obstrucción distal por fecaloma en la ampolla rectal, que ocasionó una sobredistensión de la ex-colostomía y subsecuentemente una pequeña perforación en la parte extraperitoneal, que gracias a ello no tuvo otra consecuencia que la de provocar enfisema subcutáneo y leve reacción parietal. Fué reparada con éxito.

El método intraperitoneal ofrece la posibilidad de cerrar el asa en cañón de escopeta sin destruir el espolón^{263, 260, 199}, aunque hay autores que hacen el cierre intraperitoneal destruyendo previamente el espolón^{102, 171, 393, 137}. Creemos que en ambos casos debe aplicarse la técnica de Pauchet y cuando existe espolón practicarla con la modificación propuesta por Benzadón eliminando el tabique.

METODO DE PAUCHET.—El método actualmente llamado de Pauchet y Le Gac²⁶² nació de la técnica descrita por Pauchet²⁶³ para el cierre de las colostomías en cañón de escopeta. Este autor, para evitar los peligros del enterotribo, practica un cierre exclusivamente quirúrgico con sección del espolón y sutura inmediata seguida de sutura del techo de ambas asas entre sí [Fig. 75], [Fig. 76]. En cierto modo esto corresponde a la técnica actualmente conocida de Pauchet, que es latero-término-lateral. Veamos: Pauchet y Le Gac aplican un criterio similar al relatado para el cierre de las colostomías *sin espolón*. Es un método intraperitoneal aplicable a cualquier colostomía en asa o en doble barra. La técnica es la siguiente: Incisión alrededor de la boca de colostomía abriendo ampliamente el peritoneo para movilizar ambos cabos proximal y distal. Se adosan rechazando lateralmente los mesos respectivos mediante sutura serosa en puntos separados o corridos. Se incide longitudinalmente ambos cabos desde el borde de las bocas hasta 6 ó 10 cms. paralelamente y a medio centímetro de la sutura serosa [Fig. 77]. Se inicia entonces una sutura total tomando el labio posterior del corte de un asa con la otra, para continuar con todo el perímetro de ambas bocas entre sí y terminar con el borde anterior del corte de una y otra asa. Por ello este método se ha llamado latero-término-lateral. Esta sutura es mejor practicarla corrida con catgut crónico [Fig. 78], [Fig. 79].

Se termina la técnica con una sutura serosa anterior y terminal, es decir en la zona donde estaban las bocas de las asas, con puntos separados o corridos.

Sanders y Halperin¹⁰⁶ adjudican a esta técnica las siguientes ventajas: 1) Ahorra el tiempo de destrucción del espolón. 2) Las resecciones del intestino desechable se hacen fuera de la cavidad peritoneal, ya que los cabos se liberan previamente. 3) El cierre intraperitoneal elimina las posibilidades de hernia. 4) Es una técnica adaptable fácilmente a las colostomías deformadas o torcidas. 5) Deja muy buen lumen.

Sanders, Haffner y Lynn¹⁰⁷ publican 24 casos con mucho éxito y destacan

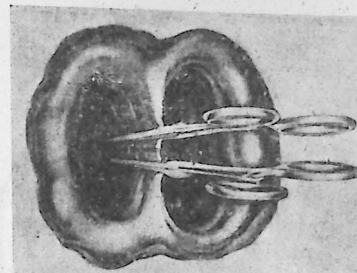


Fig. 71.—Sección del espolón (PAUCHET).

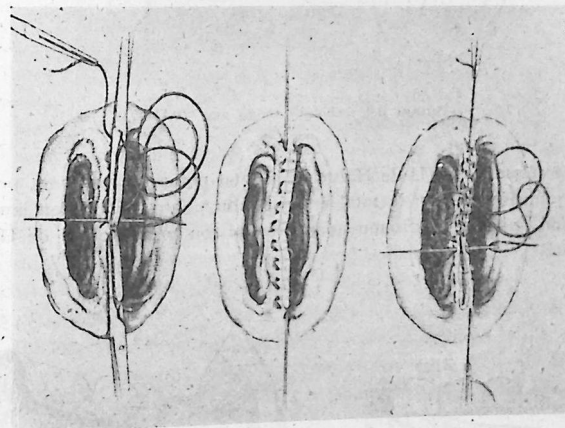


Fig. 75.—Sutura inmediata de los bordes resultantes (PAUCHET).

que esta técnica evita posiciones forzadas, pliegues, asas intermedias en la destrucción del espolón, y permite suturas holgadas de buen lumen.

La vía intraperitoneal facilita un buen cierre parietal evitando la eventración. Los autores citados obtuvieron buen postoperatorio, levantada precoz, evacuación intestinal al segundo y tercer día, ausencia de infecciones de la pared y control radiológico satisfactorio por enema baritado.

Garat^{186, 189, 191} se muestra también partidario del cierre intraperitoneal según el método de Pauchet en las bicolostomías. En 25 casos con este cierre según el método de Pauchet en las bicolostomías. En 25 casos con este cierre obtiene un 0% de mortalidad¹⁹¹. Practica en vez de sutura serosa, la sero-

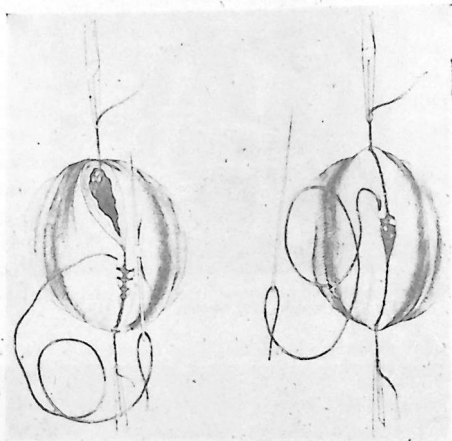


Fig. 76.—Sutura del techo de ambas asas (PAUCHET).

muscular con puntos en U de Halstead; la total posterior, en surget perforante o con puntos Lembert; la total anterior, con puntos Schmieden anudando en la región apical y la sero-muscular anterior con puntos en U de Halstead nuevamente^{186, 189}.

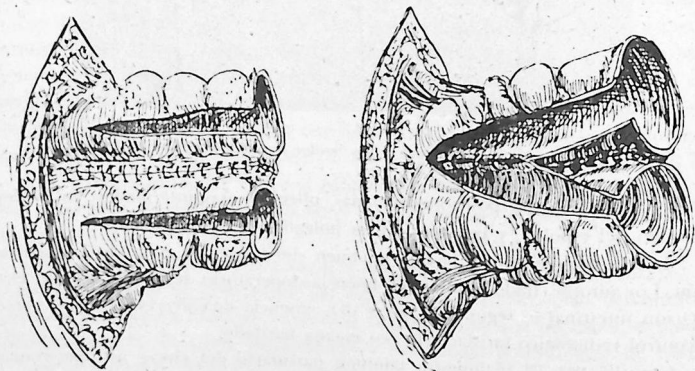


Fig. 77.—Sutura sero-serosa en el cierre de Pauchet-Le Gac.

Fig. 78.—Sutura total posterior en el cierre de Pauchet-Le Gac.

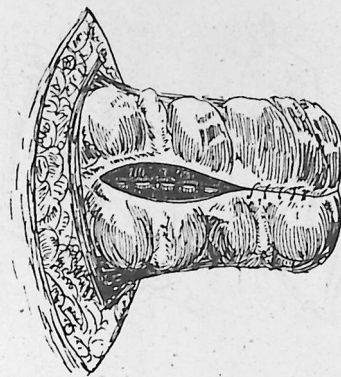


Fig. 79.—Sutura total anterior de Pauchet-Le Gac.

Hemos usado este método en el cierre de tres colostomías de Wangensteen con facilidad técnica y buen resultado postoperatorio.

Benzadón¹² usa el método de Pauchet modificado para aplicarlo en el cierre de los anos con espólón, practicando una incisión longitudinal en cada asa muy cerca de la implantación de un borde del tabique [Fig. 80]. Este se reseca respetando la unión de su borde opuesto al que nos hemos referido [Fig. 81]. En seguida sutura en forma latero-término-lateral ambas asas como en el método de Pauchet y Le Gac, ahorrándose sólo el plano seroso posterior [Fig. 82].

METODO DE DIXON Y BENSON.—Es un método sencillo intraperitoneal¹³⁷ aplicable especialmente a las colostomías con espólón, el que se ha destruido con enterotribo antes de iniciar el cierre quirúrgico.

Se practica incisión alrededor de la boca única resultante de la destrucción del espólón [Fig. 83 (1)] que se profundiza abarcando todas las capas de la pared abdominal [Fig. 83 (2)]. La boca que queda con tejidos adheridos se secciona transversalmente obteniendo un borde cruento y avivado ideal para la sutura que se hace en sentido transversal mediante doble plano [Fig. 83 (3)]. Se cierra la pared por planos [Fig. 83 (4)].

Shallow, Eger y Tourish¹¹⁸ practican un método similar al de Dixon y Benson, pero sin abrir el peritoneo. Este método extraperitoneal efectúa también un cierre transversal en dos planos.

METODO DE RESECCION Y ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL. Keene²⁰¹ quien ha sido partidario del uso de una colostomía en asa con sección posterior de los cabos, que quedan así separados por algunos centímetros en forma similar a la técnica de Mayo y Dixon²²³, ha obtenido muy buenos resul-

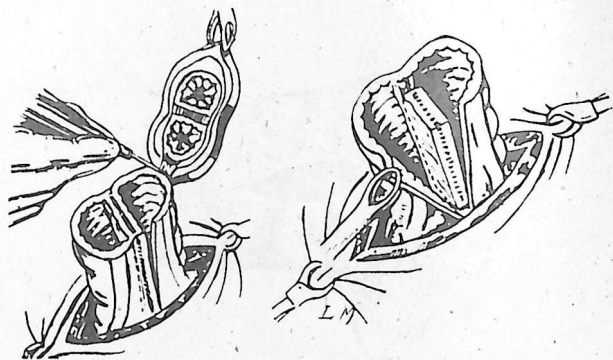


Fig. 80.—Destechado de ambas asas y sección de un borde del tabique (BENZADON).

Fig. 81.—Resección del tabique (BENZADON).

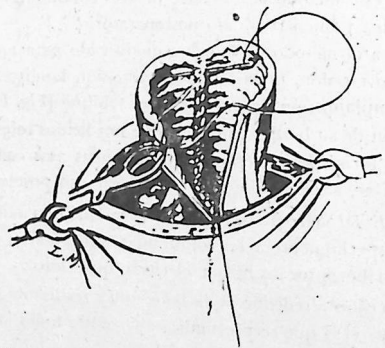


Fig. 82.—Sutura latero-término-lateral (BENZADON).

tados con el cierre mediante sección de los cabos y anastomosis término-terminal. Este hecho lo han confirmado ampliamente Hamilton y Cattanach²¹⁷, Collier y Vaughan¹⁰⁹, Holder y Lewison²³¹ y otros ¹⁹³.

La técnica es muy sencilla y consiste como lo describe claramente Pauchet²⁰³ en despegar la colostomía de la pared abdominal con el anillo cicatricial pericostómico, sección de los cabos colostomizados [Fig. 81] y anastomosis término-terminal [Fig. 85].

Sin embargo, Sanders y Halperin¹⁰⁶ se muestran contrarios a la anastomosis término-terminal porque han tenido obstrucciones por edema. Ante esta

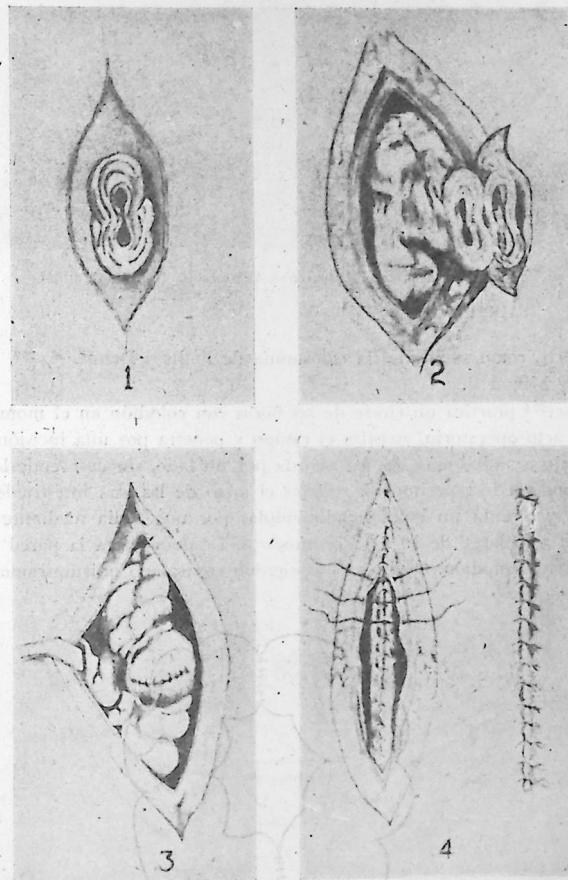


Fig. 83.—Método de Dixon y Benson (SANDERS).

eventualidad, Foisie¹⁷² soluciona el problema, practicando el cierre de la boca y además una colo-colostomía latero-lateral [Fig. 86].

METODO DE HOWSER.—Es aplicable a todas las colostomías "en continuidad" o "en asa" que han sido seccionadas, obteniendo así dos bocas separa-

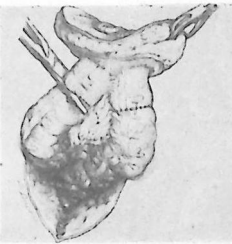


Fig. 81.—Sección de los cabos para cierre término-terminal (PAUCHET).

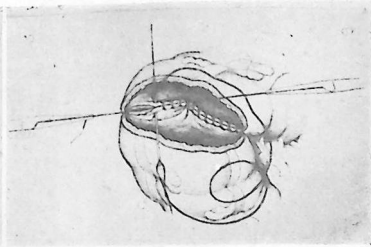


Fig. 85.—Anastomosis término-terminal (PAUCHET).

das, es decir, como sucede en la colostomía de Fallis y Dennis¹²⁸, ¹⁵⁶, Mayo y Dixon¹²⁵ y Mixter¹³¹.

Howser²³⁴ practica un cierre de las bocas con colodión en el momento de iniciar el acto operatorio, asepsiza el campo y penetra por una incisión lateral con respecto a ambas asas. Así las aborda por un lado, sin desprenderlas de la pared y por vía intraperitoneal; rechaza el meso de las asas intestinales colostomizadas y ejecuta un espólón adosándolas por una tenia mediante puntos seterosos a lo largo de 10 a 12 centímetros. Después cierra la pared y retira los taponés de colodión. Queda así un espólón controlado quirúrgicamente que

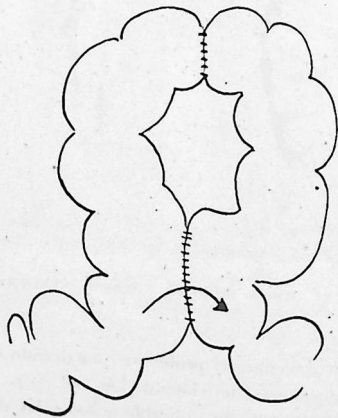


Fig. 86.—Método de Foisie complementario en la anastomosis término-terminal.

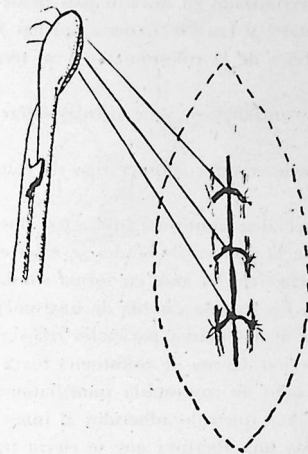


Fig. 87.—Técnica de Matus: cierre del ano con puntos cutáneo-mucosos.

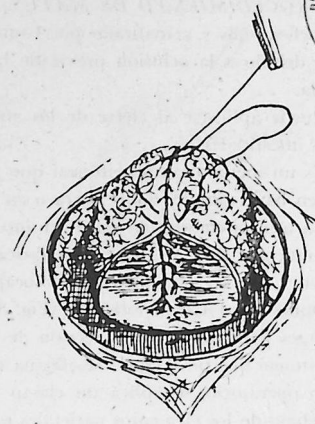


Fig. 88.—Técnica de Matus: eversión del plano cutáneo.



Fig. 89.—Técnica de Matus: extirpación de los elementos parietales adheridos al asa intestinal.

pronto se destruye con un enterotribo potente de Ochsner-De Bakey²⁵⁷. Logra así restablecer el tránsito y las bocas se cierran espontáneamente o con una pequeña intervención con anestesia local.

PROCEDIMIENTO DE MATUS.—Preconizado en nuestro país desde hace muchos años y actualizado por González²⁰¹ y Larach²⁸⁷, tiene muchas bondades debido a la oclusión previa de la boca de la colostomía y a su técnica sencilla.

Puede aplicarse al cierre de los anos contranatura y de fistulas estercoráceas o intestinales.

Es un método extraperitoneal que puede cerrar cualquier tipo de colostomía: en barra simple, doble barra o en asa.

La técnica consiste en cerrar el ano mediante puntos de hilo separados cutáneo-mucosos [Fig. 87]. Sección elíptica de la piel cuyos bordes se evierten y vuelven a suturar obteniendo un bloqueo efectivo del ano, en forma similar a la propuesta por Czymanoffsky¹³¹ [Fig. 88]. En seguida cambia de instrumental y guantes para continuar la sección de los demás planos parietales respetando el peritoneo que no se abre. Se efectúa tracción del asa de colostomía fuera del campo operatorio, se aplica un clamp blando de coprostasia inmediatamente por debajo de los elementos parietales que han quedado adheridos al intestino, seccionándolo por encima del clamp. Queda una abertura que se cierra transversalmente en tres planos [Fig. 89].

DRENAJE.—En el cierre de los anos contranatura suele producirse supuración de la herida operatoria. Este hecho indicaría el uso de drenajes, como lo sustentan algunos autores. Bartlett³⁵ aconseja dejar un drenaje de Penrose fino desde el tejido celular subcutáneo.

Hemos visto que generalmente esta supuración es escasa y se abre camino a través de un punto de la herida sin mayores consecuencias. Por ello no usamos habitualmente el drenaje a menos que haya un factor de fracaso en el cierre o de contaminación de la herida captable durante el acto operatorio.

Pemberton y Black³⁶⁸ han propuesto cerrar retardadamente la piel para prevenir la colección subcutánea de material séptico y para disponer de una vía de drenaje amplio cuando se producen dehiscencias en los cierres extraperitoneales.

2.—TECNICAS ESPECIALES PARA CADA COLOSTOMIA

CECOSTOMIA.—El cierre de una cecostomía nunca debe intentarse antes de solucionar el problema causal de su indicación.

Dado que la cecostomía es una colostomía en que la pared del intestino habitualmente está exteriorizada en forma parcial, su cierre corresponde más bien al de las fistulas estercoráceas.

Por esa razón pueden usarse los métodos generales de Czymanoffsky, Matus o de Gutiérrez^{214, 239}.

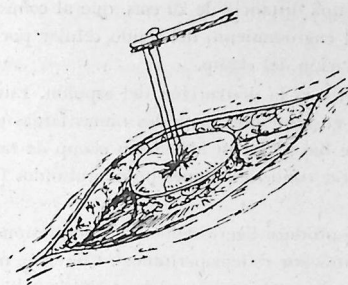


Fig. 90.—Técnica de Gutiérrez: cierre del ano mediante jareta y sección de piel.



Fig. 91.—Técnica de Gutiérrez: extirpación de los elementos parietales.

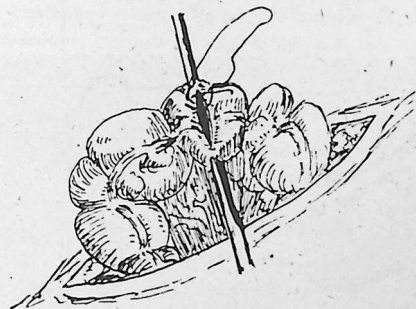


Fig. 92.—Técnica de Gutiérrez: sutura transversal en dos planos.

El método de Avelino Gutiérrez consiste en cerrar el ano contranatura (cecal o sigmoideo) mediante jareta [Fig. 90]. Se incide alrededor de la boca la piel y todos los planos parietales hasta lograr la liberación del intestino. Se seccionan los bordes de la zona colostomizada [Fig. 91] y se practica una sutura transversal en dos planos [Fig. 92].

CIERRE DE LA COLOSTOMIA DE DEVINE

Las objeciones que se han planteado contra la colostomía de Devine se refieren principalmente al cierre.

Es habitualmente dificultoso. Garat¹⁸⁹ critica el método y cita algunos de los obstáculos que ha debido salvar en sus pacientes. En enfermos obesos ha ob-

servado separación de las bocas hasta una distancia de 20 cms. que al comienzo lo estaban a 8 cms., provocada por el engrosamiento del tejido celular por depósito de grasa y dificultando la aplicación del clamp.

El tiempo fundamental en el cierre es la destrucción del espolón. Esto se obtiene con un clamp propuesto por el autor que tiene dos ramas largas para abarcar todo el espolón. Ochsner y De Bakey²²⁷ han ideado un clamp de ramas más poderosas y más cortas para aplicar contra espolones poco profundos [Fig. 100].

La aplicación del clamp [Fig. 93] produce ligero dolor por compresión del peritoneo y puede incluso haber vómitos por reflejo peritoneal. Conviene mantener al paciente semisentado a fin de alejar al intestino delgado de la zona del clamp. Después de 24 horas, se aprieta al máximo el clamp y a las 48 ó 72 horas siguientes, se produce una comunicación lineal de 5 a 6 cms. de longitud en el espolón entre las asas aferente y eferente [Fig. 94].

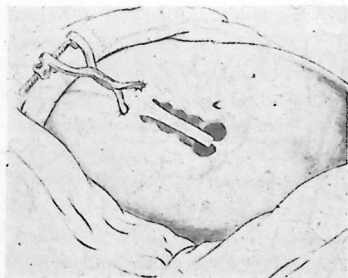


Fig. 93.—Clamp de Devine aplicado contra el espolón.

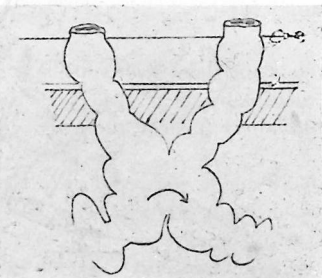


Fig. 94.—Destrucción del espolón: se restaura el tránsito entre las asas aferente y eferente.

Queda así una nueva vía que provoca el cierre espontáneo de las bocas al exterior que comienzan rápidamente a contraerse y generalmente se cierran a las 5 ó 6 semanas. Devine propone el cierre quirúrgico de las bocas.

Hay autores que prefieren el cierre de esta colostomía por el método intraperitoneal de Pauchet^{197, 191}. Garat¹⁸⁹ ha comprobado radiológicamente la desaparición del tabique, corroborado en las reoperaciones, en la gran mayoría de las colostomías de Devine. Devine acepta este hecho y por ello se ha propuesto el cierre según la técnica de Pauchet o la ejecución de colostomías similares sin espolón como la bicolostomía de Garat con sección del asa¹⁸⁹.

CIERRE DE LA COLOSTOMIA DE WANGENSTEEN

El cierre de esta colostomía se puede efectuar en forma *extra* o *intra*peritoneal.

Ambas formas las hemos practicado aunque con mayor frecuencia la intraperitoneal.

En la variedad extraperitoneal se procede al desprendimiento de la piel y aponeurosis sin abrir el peritoneo, lo que es difícil, cerrando transversalmente la boca que queda debajo de la piel y aponeurosis y por encima del peritoneo.

Hemos preferido, por ser más sencilla y porque no aporta factores de morbilidad, la técnica intraperitoneal, que es la sustentada por Wangensteen, con la diferencia de que el autor hace un primer plano de cierre de la boca antes de abrir el peritoneo: despega la piel y procede al cierre transversal con catgut fino en un plano; después de ello agranda la herida y desprende la aponeurosis, abre el peritoneo y completa el cierre de la boca con dos corridas de puntos de seda separados. En seguida cierra la pared [Fig. 95, g, h, i, j, k, l].

Gregg y Mosely²¹¹ son partidarios de esta técnica igual que Hertz y Poer²²².

Nosotros preferimos abrir el peritoneo y después proceder al cierre de la boca. Esto es debido a que si no se efectúa una buena liberación del asa, extirpando completamente los tejidos adheridos a ella, no se obtiene un buen cierre. En este despegue es casi inevitable que se abra el peritoneo. De ello resulta una técnica netamente intraperitoneal. Pérez, Caprile y Candioti²²¹ a la incisión circular agregan dos prolongaciones laterales que permiten un despegue más fácil del contorno del asa con abordaje simple al peritoneo [Fig. 96].

De acuerdo con nuestra experiencia el cierre de la colostomía de Wangensteen es sencillo y consta de tiempos bien diferenciados.

Se secciona la piel en forma circular alrededor del asa a una distancia de 5 mm. que da un margen de seguridad para no herir el colon. Wangensteen la efectúa a sólo 2 mm. La aponeurosis se incide un poco más alejada que el plano anterior lo que permite separar la fascia y músculos adyacentes del asa. El plano peritoneal puede rechazarse en profundidad y evitar su abertura. Esto último suele no lograrse sea por accidente o porque dificulta el cierre del asa misma.

Una vez seccionados estos tejidos queda el asa suficientemente liberada para facilitar las maniobras operatorias.

El proceso de soldadura del borde de un asa colostomizada a la pared, se hace a expensas de la mucosa que adquiere un reborde cicatricial duro pericolicostómico [Fig. 97]. Este anillo cicatricial adherido al anillo cutáneo aponeurótico resultante de las incisiones ya practicadas, debe extirparse prolijamente para obtener un borde libre y delgado de intestino, que facilitará la sutura.

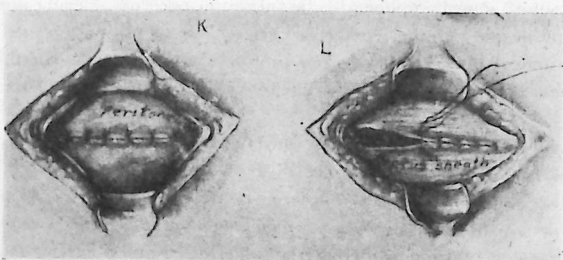
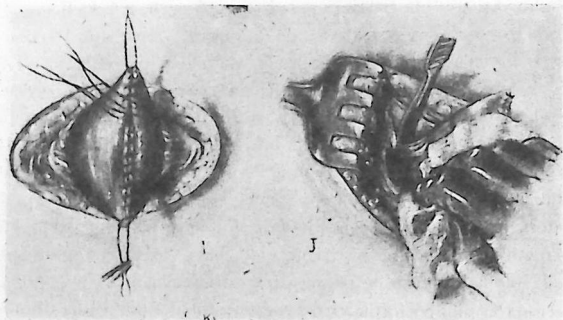
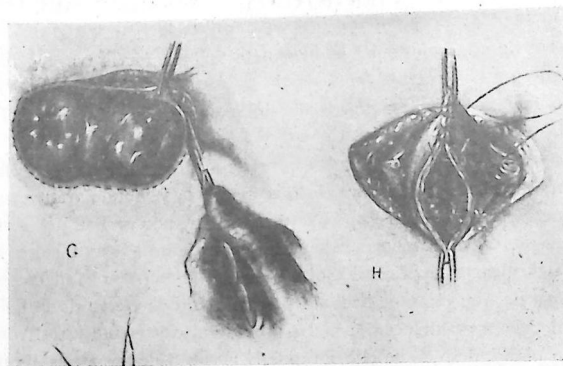


Fig. 95.—Tiempos en el cierre de la Colostomía de Wangenstein (WANGENSTEEN).

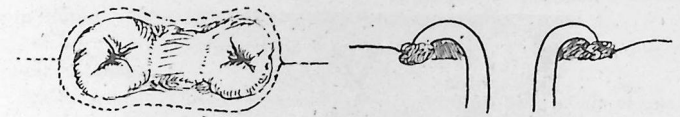


Fig. 96.—Método de incisión de Pérez, Capile y Candiotti. Fig. 97.—Anillo cicatricial pericostómico.

Así se obtienen labios de la boca a suturar formados exclusivamente por los componentes histológicos normales de la pared intestinal, sin participación de tejido fibroso adicional, lo que permite una sutura correcta y fácil. Este criterio lo hemos sustentado en nuestros pacientes y es apoyado por otros³⁷¹.

La sutura se hace en dos planos: uno total con catgut crómico en puntos separados y otro sero-seroso con hilo, también en puntos separados.

Hay autores³⁷⁵ que practican el cierre del asa sin extraerle el anillo de piel. Creemos que esto produce una sutura muy gruesa, de bordes poco dóciles y que contribuye a formar un verdadero espolón transversal al efectuar el plano sero-seroso que invagina la sutura total, el que amenaza con provocar posteriormente una subestenosis del cierre. Otra maniobra importante es el despegue cuidadoso de las adherencias que se establecen de la pared al asa frente al mesocolon y a la cara antimesenterial de las asas aferente y eferente. En estas es muy fácil provocar perforaciones quirúrgicas, que pueden pasar desapercibidas y ser un factor peligroso de morbi-mortalidad.

Una vez cerrada el asa se procede al cierre de la pared; peritoneo y vaina posterior del recto anterior. En este momento se aconseja cambiar de instrumental y guantes para terminar el cierre parietal: hoja anterior de la vaina y piel, que puede hacerse con ventajas, usando alambre de acero inoxidable.

Se ha recomendado también el drenaje del tejido celular subcutáneo, que no hemos practicado.

En tres pacientes se ha efectuado el cierre de la colostomía de Wangenstein según la técnica de Pauchet y Le Gac.

CIERRE DE LA COLOSTOMIA DE FALLIS

El autor aconseja desprender los cabos de la pared mediante sección de los tejidos que los reodean y practicar un cierre intraperitoneal con anastomosis termino-terminal, la que puede efectuarse sin contratiempo.

CIERRE DE LA COLOSTOMIA DE MAYDL Y GLENN

En ambos casos la boca que ha respetado el tabique posterior, como sucede en el Wangenstein, deben cerrarse en forma similar a esta última, en sentido transversal extra o intraperitonealmente [Fig. 98].

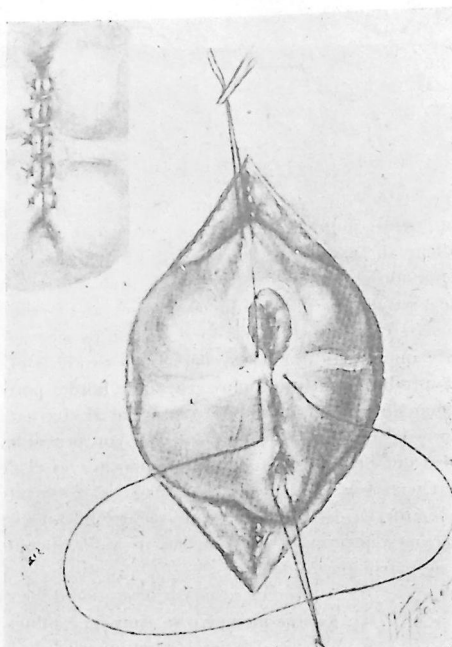


Fig. 98.—Cierre de la Colostomía de Maydl y Gleen (JENNINGS).

CIERRE DE LA COLOSTOMIA DE MIKULICZ-PAUL

Existen dos etapas fundamentales en el cierre: una comprende a *destrucción del espolón* entre los cabos y la segunda el *cierre quirúrgico de la boca* única resultante.

a) *Destrucción del espolón*: Puede esperarse cuanto tiempo se desee antes de proceder al cierre, el que se practica, sólo cuando se trata de colostomía temporal; pero el período mínimo antes de iniciar el cierre es de 10 días después de efectuado el ano contranatura. Como promedio de las indicaciones de diversos autores^{29, 31, 35}, el tiempo oscila entre 10 y 15 días.

Se inicia mediante la aplicación de un enterotribo destinado a destruir por isquemia y necrosis la parte central del espolón.

Bartlett²⁵ recomienda el uso del Pentotal porque su aplicación es dolorosa. Bahr³¹ opina que no necesita anestesia y es perfectamente tolerado.

El edema discreto del espolón no constituye una contraindicación para aplicar el clamp.

El enterotribo grueso puede aplicarse en el centro del espolón el que cae espontáneamente al completarse la necrosis en cinco o más días.

Cuando se usa clamp de ramas finas se aplica uno en cada extremo lateral del espolón, juntándolas por sus puntas, es decir, en la parte más profunda del tabique. En este caso, a las 48 ó 72 horas después, se practica un corte entre los clamps.

Wiley y Sugarbaker¹⁷⁶ son partidarios de este sistema y aplican una pinza de Kelly a cada lado del tabique, el que cae entre el tercero y cuarto día.

Tanto la aplicación del clamp como la exploración de su efecto debe ser acompañada de maniobras digitales que permitan establecer la zona a destruir y el resultado obtenido.

El enterotribo se vuelve a colocar las veces necesarias para obtener un lumen adecuado que asegure el éxito una vez efectuado el cierre quirúrgico.

Cuando se ha destruido el espolón debe esperarse a que ceda el enema y se suelden los bordes resultantes antes de proceder a la segunda etapa.

b) *Cierre quirúrgico de la boca*: En ocasiones puede obtenerse el cierre espontáneo de la boca cuando se restablece el tránsito colónico. Creemos que esto no debe esperarse y sólo si sucede rápida y espontáneamente y en casos calificados, se dejará evolucionar en este sentido.

El ideal es practicar un buen cierre operatorio. Para ello se efectúa una incisión alrededor de la boca de la colostomía que abarca la piel, celular subcutánea y aponeurosis [Fig. 99]. Resulta así un collar pericolónico de más o menos medio centímetro de ancho que debe desprenderse meticulosamente del asa a fin de obtener bordes libres de tejido cicatricial y avivados suficientemente para una sutura correcta [Fig. 99].

El peritoneo queda como único plano adherido al colon.

Puede seguirse desde este momento dos caminos: *extraperitoneal*, respetando esta serosa y procediendo al cierre del asa sin reintegrarla a la cavidad peritoneal o *intra-peritoneal* en que abrimos el peritoneo liberando totalmente el asa, lo que permite practicar el cierre con mayor holgura²¹. Este último camino lo hemos seguido más frecuentemente.

La sutura de la boca se hace en sentido transversal al eje del intestino. Hemos efectuado habitualmente uno o dos planos con catgut crómico y otro plano sero-seroso con hilo, todos en puntos separados. En el colon no usamos suturas corridas, salvo en pequeños tramos delimitados por puntos aislados. Los puntos son simples, con lo que no hemos encontrado dificultades, siempre que se

cuide de invaginar primeramente ambos extremos de la sutura, con lo que los puntos centrales se practican con toda facilidad.

La pared abdominal se cierra por planos independientes y es aconsejable dejar un drenaje desde el tejido celular subcutáneo.

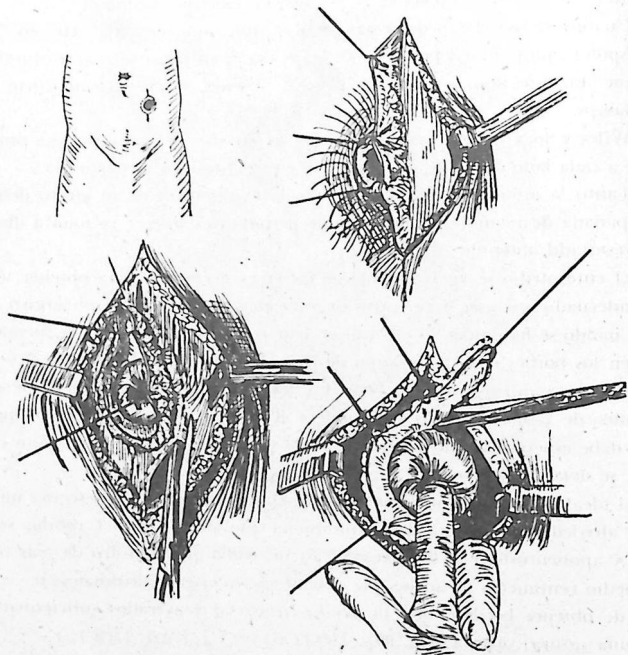


Fig. 99.—Cierre quirúrgico en la Colostomía de Mikulicz-Paul.

ENTEROTRIBOS

Existen diferentes modelos adaptados a la disposición de los espolones y a las exigencias de presión sobre ellos. Hay espolones gruesos que necesitan de un clamp poderoso, otros pueden destruirse sólo con pinzas Kelly corrientes.

Devme ha diseñado un enterotribo cuyas ramas son curvadas, mirándose por su concavidad en la parte central del instrumento; pero firmemente adosadas en su extremo distal, donde aprisionan el espolón subaponeurótico [Fig. 93].

Ochsner y De Bakey, para obtener una acción mayor sobre el espolón, han ideado un clamp de ramas gruesas de mayor potencia [Fig. 100].

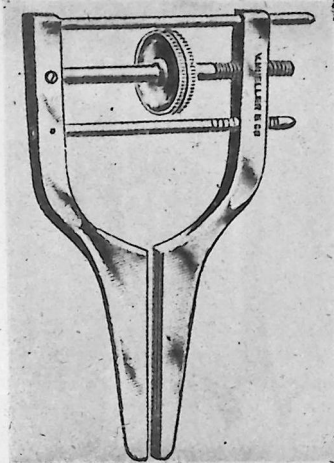


Fig. 100.—Enterotribo de Ochsner y De Bakey (BARTLET).

Berkebile¹⁵ usa un clamp liviano de ramas finas y cortas, que lleva un tornillo distal entre ambos mangos que los separa haciendo, por el contrario, que las ramas atricionantes se junten más intensamente en la punta. Esto evita que haya dificultades en destruir la porción más profunda del tabique.

Hemos usado, en el cierre de la colostomía de Bloch-Paul-Mikulicz, el clamp que aparece en la figura [Fig. 101], cuyas ramas acanaladas provocan una acción muy potente sobre dos líneas paralelas en el tabique, lo que permite aprovechar en mejor forma el efecto isquemiante.

En general, creemos que toda destrucción de espolón con enterotribo es peligrosa y debe ser evitada ejecutando colostomías sin tabique.

III.—Postoperatorio

Debe atenderse aquí como en el preoperatorio a varios factores que influyen en la evolución.

1) *Régimen alimenticio.*—En las primeras 24 horas no debe administrarse alimento por vía oral. En los días siguientes hemos indicado régimen blando

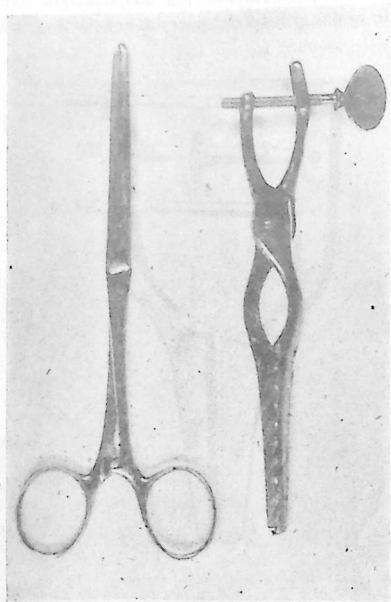


Fig. 101.—Dos tipos de enterotribe de ramas acanaladas.

hasta que se inician las evacuaciones, después de lo cual se indica régimen completo. No se han observado inconvenientes adjudicables a la dieta. Sanders, Hallner y Lynn¹⁰⁷ recomiendan un régimen similar administrando tres días de dieta líquida, transformándola gradualmente en régimen completo. Bartlett³⁵ es más exigente y después de un día exento aún de agua, inicia dieta líquida durante una semana. En la segunda semana administra alimentos con poco residuo y hace el paso paulatino a régimen completo.

2) *Evacuaciones del colon.*—El uso de Prostimine³⁵ es particularmente útil en el postoperatorio precoz. Lo hemos usado en varios casos con beneficio, en dosis hasta de tres ampollas en las 24 horas en concentraciones de dos o cuatro por mil.

Hay quienes recomiendan el uso de vaselina líquida desde el cuarto día³⁵ en dosis de una cucharada tres veces diarias. Dado que la vaselina puede filtrar fácilmente a través de las suturas, acostumbramos administrarla en forma alejada, más o menos una semana después del cierre.

3) *Antisepsis.*—Dado que la antisepsia colónica tiene mayor valor cuando se cierra una colostomía, es de gran importancia mantener su aplicación durante tres o cuatro días, hasta una semana consecutiva al cierre. Es en este lapso donde existe peligro de filtración de suturas con la consiguiente peritonitis.

4) *Intubación intestinal.*—Se mantiene como medida de seguridad hasta tres o cuatro días después del cierre de la colostomía. Wangensteen¹⁰⁷ aconseja mantenerla 48 a 72 horas.

La evacuación de gases y la ausencia de vómitos y dolores de tipo cólico en zonas proximales a la colostomía, indican permeación normal de la anastomosis, con lo que estamos autorizados para retirar la sonda en el plazo prudente arriba indicado. Esperar la primera evacuación postoperatoria es la mejor medida de seguridad en el éxito.

5) *Levantada.*—Somos partidarios de levantar precozmente al operado, es decir a las 24 ó 48 horas. Otros autores^{107, 335} indican la levantada al quinto o sexto día.

Cada caso en especial determina las posibilidades de ser levantado lo más precozmente posible.

7) *Control radiológico.*—De rutina practicamos un estudio por enema opaco antes de dar el alta del enfermo. No existe peligro alguno en hacer este control entre el octavo y décimo día de operado.

8) *Alta.*—Según Wangensteen¹⁰⁷ el promedio de los enfermos abandonará el hospital al quinto o sexto día de operado. En nuestra casuística la estada postoperatoria oscila entre 8 y 10 días, ya que incluimos el control radiológico en el periodo de estada hospitalaria.

Un paciente colostomizado debe examinarse a intervalo de tres a seis meses. De esta manera podrán prevenirse muchas de las complicaciones y aún podrá rehacerse a tiempo una colostomía o implantarse en otro sitio.



EVOLUCION

La evolución de una colostomía en el sentido funcional y anatómico está expuesta a una serie de complicaciones. Estas serán revisadas según la experiencia adquirida en 176 colostomías, cuyas variedades aparecen en el Cuadro N° 13.

CUADRO N° 13

Cecostomías	7
Col. de Wangensteen	76
Col. de Bolch-Paul-Mikulicz	19
Col. izq. Temporal	5
Col. izq. Definitiva	50
Col. Paliativas	15
Coloproctostomía de Babcock	4
Total	176 casos

Todo trastorno que afecte al aspecto anatómico o funcional del asa colostomizada o de sus elementos vecinos, como la pared abdominal y los órganos intraabdominales (epilplón, mesos e intestino delgado), se considerará *evolución anormal* y se llamará "*Complicación de la Colostomía*".

La *evolución normal* de una colostomía está dada por los siguientes factores: a) *función normal* con evacuación fácil una o dos veces diarias con deposiciones sólidas o semisólidas, sin provocar dolor; b) *aspecto anatómico normal*, es decir, ausencia de alteraciones tróficas o variación en las relaciones entre asa de colostomía y pared abdominal y c) *no interferencia en la salud* del individuo. Este último factor no debe considerarse en forma muy estricta, pues existen complicaciones que no alcanzan a perturbar los objetivos de la colostomía o su morbilidad no tiene la trascendencia necesaria para poner en peligro la vida del paciente.

COMPLICACIONES

Tanto las colostomías temporales como definitivas dan origen a mecanismos patogénicos capaces de crear un estado de morbilidad derivado de ellas.

Las colostomías temporales, que llevan el corolario del cierre y reintegro a las condiciones naturales, ofrecen nuevas posibilidades de donde pueden derivar mecanismos patogénicos.

Existen, por lo tanto, complicaciones de la *ejecución* y del *cierre* de las colostomías.

Con fines didácticos y de orden en la exposición, proponemos clasificar las complicaciones en la forma siguiente: (Cuadro N° 14).

CUADRO N° 14

A.—Complicaciones de la Ejecución

Grupo I.—Trastornos tróficos y funcionales.

- a) Edema
- b) Necrosis
- c) Ulceración
- d) Fístulas
- e) Hemorragias
- f) Perforaciones del asa por encima
- g) Interferencias con el intestino delgado
- h) Impactación fecal
- i) Diarreas
- j) Flebitis del meso del asa exteriorizada.

Grupo II.—Trastornos de la fijación.

- A.—Hacia adentro: a) Retracción
- b) Contracción
- c) Receso.
- B.—Hacia afuera: a) Prolapso
- b) Evisceración.

Grupo III.—Trastornos de la piel y pared abdominal.

- a) Dermatitis
- b) Maceración
- c) Eventración.

Grupo IV.—Trastornos secundarios.

- a) Trombosis de la mesentérica superior
- b) Prolapso del intestino delgado
- c) Psicológicos
- d) De la actividad del individuo.

B.—Complicaciones del cierre

- a) Supuración
- b) Fístula estercorea
- c) Estenosis de la sutura
- d) Eventración
- e) En la destrucción del espúlón.

Todo intento de clasificación está expuesto a errores, en especial, cuando se trata de fenómenos patológicos poco conocidos o poco frecuentes. Se justifica este esfuerzo cuando persigue fines de exposición más fácil y didáctica.

Además las complicaciones aparecen como estados morbosos que pueden describirse destacando los capítulos clásicos de la Patología: etiología y patogenia, frecuencia, aspecto clínico, pronóstico y tratamiento; método descriptivo que seguiremos para referirnos a las complicaciones que serán tratadas en el mismo orden en que aparecen en el cuadro de clasificación.

EDEMA

Concepto: Se refiere a la sobrecarga de líquido intersticial que puede afectar principalmente a la mucosa o bien en forma similar a todas las capas histológicas del asa colostomizada.

Etiología: Puede ser provocado por compresión vascular del mesocolon correspondiente al asa de colostomía, por acción de la pared abdominal o elementos artificiales que intervienen en la formación del ano contranatura.

Otra causa es la acción de quemadura que puede ejercer el termocauterio cuando se abre una colostomía.

Frecuencia: Lo habitual es que el edema afecte sólo a la mucosa y submucosa.

Se ha observado en todos los tipos de colostomía; en forma moderada, de aparición precoz, aproximadamente a las 24 horas y de corta duración, desapareciendo a las 48 ó 72 horas de operado.

En tres enfermos esta complicación ha sido de importancia interfiriendo moderadamente en la evacuación por disminuir el lumen intestinal: un caso de sigmoidostomía iliaca izquierda definitiva por operación de Miles; una colostomía de Wangensteen y una colostomía de Bloch-Paul-Mikulicz.

Pronóstico: Es bueno, no constituyendo una lesión de gran envergadura y regresa espontáneamente.

Tratamiento: Consiste en abrir el anillo de salida de la colostomía para facilitar su circulación o disminuir la tracción de las varillas en el tipo de Wangensteen.

NECROSIS

Concepto: Se refiere a la necrosis que abarca una o más capas del asa colostomizada. Puede clasificarse en *total*, cuando afecta a toda el asa exteriorizada o *parcial*, cuando abarca una zona del asa sea proximal o distal.

Etiología: Obedece a trastornos de la irrigación sea por: 1) tracciones excesivas, 2) compresiones del meso por contracción de la pared abdominal, 3)

acción de decúbito por compresión directa del intestino con algún agente de mayor dureza y 4) asa demasiado larga.

Frecuencia: Nuestra casuística nos muestra necrosis de los cuatro tipos etiológicos, esto es, un caso por tracción excesiva del asa que provocó necrosis parcial en su base; dos casos por compresión del meso por los bordes de la pared abdominal, muy estrechados, igualmente con necrosis en la base. Estos tres casos se seccionaron espontáneamente al ras de piel y se trataba en ellos, de un asa terminal iliaca izquierda por operación de Miles [Fig. 102]. Otro caso presentó necrosis distal del asa por proyección muy larga fuera del abdomen en una colostomía definitiva por operación de Miles [Fig. 103].

Un caso de necrosis por decúbito se produjo en una colostomía de Wangensteen, en que una de las varillas de vidrio, pasada a través del meso, debido



Fig. 102.—Necrosis basal del asa.

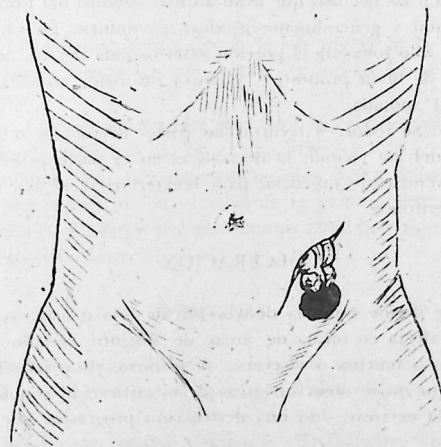


Fig. 103.—Necrosis distal del asa.

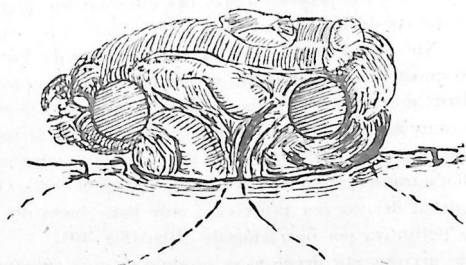


Fig. 101.—Necrosis por decúbito.

a la gran tracción seccionó el asa proximal al ras de la piel [Fig. 101]. En otro caso un fenómeno similar provocó la sección parcial del asa proximal poniéndola en peligro de retraerse hacia el interior de la cavidad abdominal por desprendimiento de la pared.

Pronóstico: En las necrosis que avanzan más adentro del límite de la pared abdominal, es fatal y generalmente produce peritonitis. En cambio, aquellas que comprenden sólo zonas de la porción exteriorizada del asa no tienen transcendencia y son de buen pronóstico. Nuestra casística no señala casos de la primera variedad anotada.

Tratamiento: Se reduce a recortar las partes necrosadas o a practicar un aseo quirúrgico del asa cuando la necrosis es en la parte proyectada al exterior. Debe intervenir de urgencia, para reexteriorizar el asa, cuando la necrosis llega al peritoneo.

ULCERACION

Concepto: Se define como la destrucción de una o más capas del asa colostomizada que afecta en forma de áreas de distinto tamaño y que puede avanzar de serosa a mucosa o viceversa. A primera vista, parece similar a la necrosis; pero aquí no se observan áreas de mortificación con los cambios de color típicos de la necrosis, sino una destrucción progresiva que toma aspecto de úlcera.

Etiología: Reconoce igual que en la complicación anterior, trastornos circulatorios.

Frecuencia: De nuestros enfermos, en dos de ellos se observó en colostomías de Wangenstein, en la cara antimesenterial, una gran úlcera de serosa a mucosa, en un caso hacia el asa proximal y en el otro hacia el asa distal, practicándose un orificio que dejó un techo en forma de puente entre la ulceración y la ostomía central del asa [Fig. 105]. En un caso se ulceró longitudinalmente el asa aferente.

Otras veces la ulceración sólo afecta a la mucosa [Fig. 106].

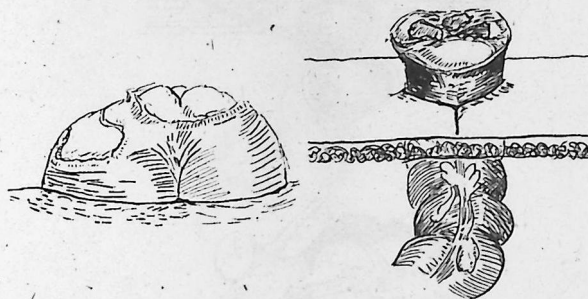


Fig. 105.—Ulceración de todas las capas.

Fig. 106.—Ulceración de la mucosa.

Pronóstico: Es benigno siempre que la lesión asiente en la parte exteriorizada de la colostomía, comportándose en este sentido en forma similar al descrito en la necrosis.

Tratamiento: Consiste en destruir el o los puentes resultantes entre la ulceración y la ostomía, para facilitar las evacuaciones.

En las colostomías "en asa", estas ulceraciones hacen difícil el cierre simple transversal, por la destrucción excesiva de la pared antimesenterial. En estos casos se recomienda hacer cierres con anastomosis término-terminal o bien según la técnica de Pauchet-Le Gac.

FISTULAS

Concepto: Podrían definirse como uno o más trayectos comunicantes del asa colostomizada con el exterior, siempre que se siga una vía que no es el lumen intestinal.

Existen variedades de fistulas, dado que ellas pueden atravesar desde el asa colostomizada la pared abdominal [Fig. 107], o bien, nacer desde un asa cerrada o perdida en la pelvis, como en las bicolostomías, haciendo un trayec-

to hacia el periné [Fig. 108]. Sobre este último tipo ha insistido Kratzer²⁷¹, que se caracteriza por la evacuación de secreción mucosa desde el asa cerrada a través de la fistula

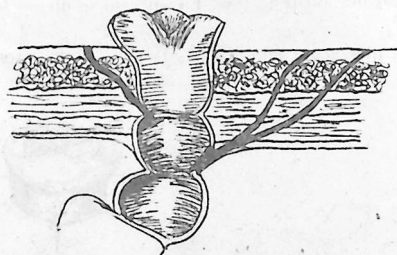


Fig. 107.—Fistula simple de la colostomía.

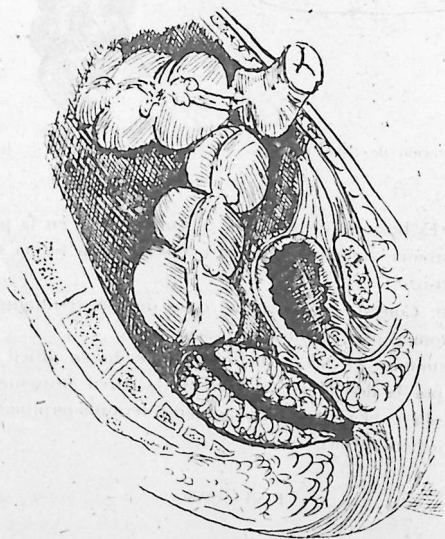


Fig. 108.—Fistula mucosa al periné.

Existe además otro tipo de fistula, que aunque no cumple con la definición propuesta, es en realidad una fistula estercorea, en que el asa colostomizada se retrae hacia la cavidad abdominal quedando comunicada al exterior por un trayecto largo formada por la pared abdominal [Fig. 109].

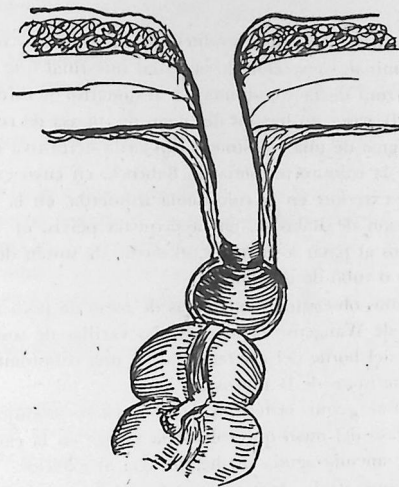


Fig. 109.—Fistula estercoreica por retracción.

Frecuencia: Se ha observado en tres casos el tipo de fistula que podríamos llamar estercorea. Uno de ellos en un asa de colostomía definitiva por operación de Miles; otro por colostomía sigmoidea exteriorizada mediante laparotomía media infraumbilical y un tercero, a partir de una colostomía de Wangensteen que se hundió en la cavidad abdominal sin desprenderse de la pared. El segundo fué necesario reparar mediante colostomía de Wangensteen en el colon transverso derecho.

Pronóstico: Depende del objetivo de la colostomía, pues cuando es definitiva, lleva el riesgo de una reoperación o de la ejecución de otra colostomía.

Tratamiento: Cuando se produce el tipo de fistula estercorea es de elección reemplazarla por una nueva colostomía o bien ejecutar una reexteriorización.

Si se trata de la fistula simple, puede desaparecer en forma espontánea si se facilita la evacuación por vías normales. En caso contrario no queda otro camino que dejar la complicación siga evolucionando o efectuar una nueva colostomía proximal.

En los casos de fistula mucosa al periné está indicada la extirpación del asa intestinal ciega abandonada en la pelvis.

HEMORRAGIAS

Concepto: Se refiere a aquellas producidas por: a) vasos no ligados en el borde de un asa terminal, b) sección de la pared intestinal que queda sangrando, al hacer la abertura de la colostomía, c) traumatismos directos que hacen sangrar la mucosa, d) vasos no ligados del meso de un asa de colostomía, como sucede en el meso-sigma de una colostomía izquierda definitiva o en el mesocolon o mesosigma en la coloproctostomía de Babcock, en cuyo caso la hemorragia queda oculta al exterior: en la colostomía izquierda, en la cavidad peritoneal y en la operación de Babcock, en la pequeña pelvis, e) hematomas del mesocolon producidos al pasar a su través, el medio de sostén de la colostomía, sea varilla de vidrio o tubo de caucho.

Frecuencia: Hemos observado hematomas de meso de poca importancia en algunas colostomías de Wangensteen al pasar las varillas de sostén y hemorragias escasas a partir del borde del asa terminal en una colostomía definitiva izquierda o por traumatismos de la mucosa.

En un caso operado según la técnica de Babcock se produjo una hemorragia a partir de un vaso del meso que colectó la sangre en la cavidad pelviana, dando un cuadro de anemia aguda sin hemorragia al exterior.

Pronóstico: Depende de la observación del enfermo. La custodia cuidadosa permitió captar a tiempo la hemorragia en la coloproctostomía relatada al buscar minuciosamente la causa del cuadro de anemia que se hizo presente.

Tratamiento: En las hemorragias del borde del asa terminal o del borde de un asa seccionada al practicar la ostomía se trata con electrocoagulación o mediante ligadura del vaso con catgut. Hemos usado, con mucho éxito, cuando no hay otro medio a mano, la toma del vaso con pinzas de aro romboidal de Greigore, que coge suavemente un área extensa, ligando en seguida con catgut.

Si se trata de mucosa sangrante puede cohibirse con tópicos locales: alcohol al 50%³⁴⁸ u óxido de zinc²⁵⁶.

PERFORACION DEL ASA POR ENEMA

Concepto: Se trata de una perforación provocada o producida directamente por el catéter al practicar irrigaciones de la colostomía.

Etiología: La causa precisa puede ser: lesión de la mucosa por implantaciones sucesivas del catéter en un mismo punto que se infecta y posteriormente perfora³¹¹; o por acción de la punta del catéter que perfora directamente¹²¹; o favorecida por angulación del asa cerca de la boca que permite la detención en una misma zona de la punta del catéter, en irrigaciones sucesivas¹²³; o esta impacción de la punta del catéter puede ser provocada por el peristaltismo que acciona en sentido contrario³⁵³.

Además se han visto perforaciones provocadas por el catéter destinado a efectuar un enema baritado por la colostomía¹⁸⁹.

Frecuencia: Afortunadamente este accidente es raro^{183, 222, 41}. La mayoría se perfora cerca de la ostomía. Hemos tenido la suerte de no ver esta complicación.

Cuadro clínico: Corresponde exactamente al de una peritonitis por perforación intestinal.

Tratamiento: Según las características de la lesión en cada caso pueden seguirse los caminos siguientes: a) resección de la zona perforada y nueva colostomía²⁵⁷; b) sutura de la perforación y drenaje y c) en aquellos casos en que la sutura es imposible y en que el paciente no resiste una resección, podrá practicarse una colostomía previa al sitio amagado, como solución de urgencia.

INTERFERENCIAS CON EL INTESTINO DELGADO

El asa de colostomía está expuesta a sufrir obstrucción o estrangulaciones propias o provocar obstrucciones del intestino delgado.

Veremos aisladamente las dos formas:

A) En el primer caso, el colon exteriorizado en forma de asa terminal, se comporta como una barra fija sobre la que vasculan asas del intestino delgado, que se insinúan en el espacio que queda entre el asa y la pared izquierda del abdomen [Fig. 110].

Uno de nuestros pacientes, operado de cáncer de recto según la técnica de Miles, con ano iliaco izquierdo exteriorizado por laparotomía propia tipo Mc Burney, sufrió esta complicación ya relatada que le provocó extrangulación con esfacelo del asa de colostomía, debido a la presión que ejerció el intestino herniado, sobre el mesosigma. Debí reoperarse de urgencia siguiendo un curso tormentoso; pero con éxito final.

B) En el segundo caso, es el intestino delgado el que sufre la obstrucción, sea por adherencias al borde seccionado del mesosigma de la Colostomía sigmoidea o por vólvulo o hernia interna al meterse en sentido caudal por la gotera lumbar izquierda entre el asa y la pared. Goligher y Col.²⁰⁰ en 1302 casos de extirpaciones abdominoperineales, encontraron 10 casos de obstrucción del intestino delgado en la vecindad de la colostomía. Gabriel¹⁸¹ aporta 5 casos en 190 colostomías izquierdas terminales, todos mortales, de diagnóstico difícil y en que el intestino delgado penetró en la gotera desde arriba o desde abajo, provocando la estrangulación. Otros casos han sido citados por Laurence²⁵⁵ y Pérez Fontana y Nario³⁷².

Jones, T.²⁵⁶ y Mayo y Dixon³²⁵ han propuesto la colostomía mediana para evitar esta gotera estrecha entre el asa y la pared. Sin embargo, Goligher y Col.²⁰⁰ han determinado que con esta medida, la complicación siempre se produce, defendiendo por ello, lo antiguamente sustentado por Gabriel en 1928¹⁷⁹, quien



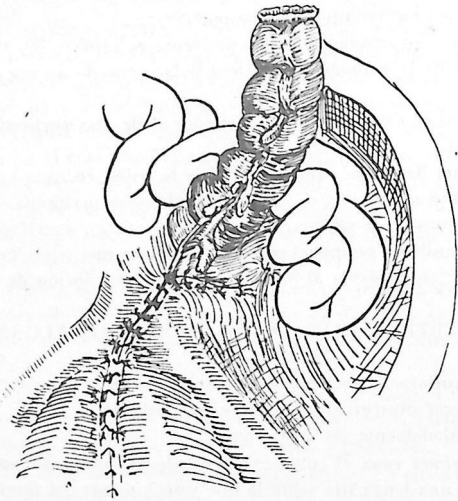


Fig. 110.—Paso del intestino delgado.

proponía la ubicación iliaca izquierda de la colostomía, pero con cierre de la gotera, suturando la serosa del asa al peritoneo parietal en forma de tabique. Este criterio ha sido defendido por varios autores^{385, 280, 253, 420, 288.}

En cambio Breidenbach⁹⁸ considera que no es necesario cerrar este espacio, porque no ha visto la complicación y por ser casi impracticable, cuando el asa queda mediana o paramediana. No estamos de acuerdo con este último predicamento y practicamos el cierre de la gotera lumbar siempre que sea posible, es decir cuando se cuenta con peritoneo parietal suficiente.

IMPACTACION FECAL

Concepto: Consiste en la producción de un pequeño fecaloma en el asa colostomizada, que obstaculiza la evacuación [Fig. 111].

Frecuencia: Nuestros enfermos no han presentado impactación fecal, salvo pequeños acúmulos de materias fecales que han cedido rápidamente.

Tratamiento: Consiste en provocar evacuaciones mediante enemas aplicados con sondas que permitan llegar a la zona del acúmulo. El examen digital que determina la existencia de una impactación puede también servir de ayuda en la destrucción y evacuación del fecaloma.

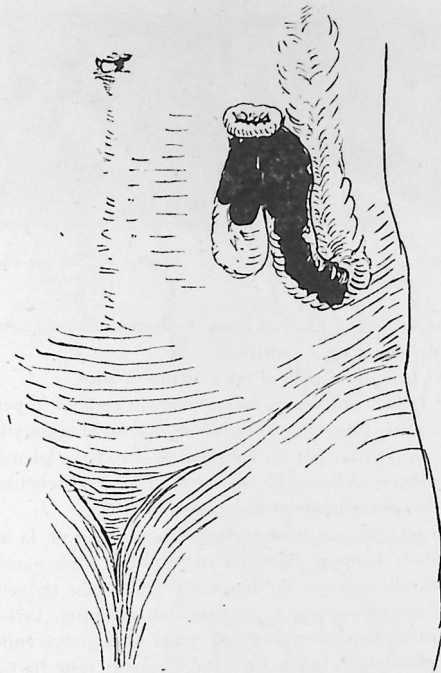


Fig. 111.—Impactación fecal.

En un caso de colostomía iliaca izquierda definitiva por operación de Miles, en que el asa exteriorizada quedó muy larga [Fig. 112], esta parte que no trasladaba obstaculizó la evacuación, provocando una pequeña impactación fecal que produjo una constipación de tres días con fuertes dolores cólicos. El recorte del asa sobrante bastó para normalizar las evacuaciones [Fig. 113].

DIARREAS

Concepto: Consiste en la evacuación frecuente de materias fecales líquidas por la colostomía.

Suelen producirse especialmente en las Cecostomías y Transversostomías. En las Cecostomías adquieren el carácter de fistula intestinal, por el aspecto físico de las evacuaciones, conduciendo a deshidrataciones de importancia.

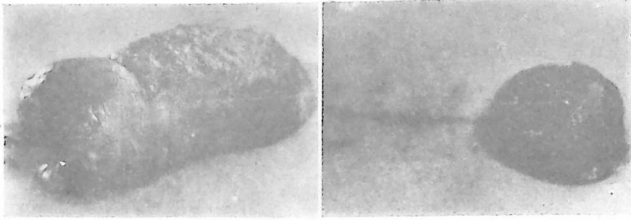


Fig. 112.—Proyección exagerada de la colostomía. Fig. 113.—Recorte del asa excesivamente proyectada.

Frecuencia: Hemos visto algunos casos de diarrea en colostomías del transverso y uno solo de ellos ha sido pertinaz.

Pronóstico: Es benigno y cede al tratamiento médico.

Tratamiento: Deberá administrarse régimen sin residuo, hiperproteico, que tiene gran efecto constipante. Igualmente se reponerán el agua y iones perdidos en gran cantidad, en especial por las colostomías derechas. Además se hará uso de adsorventes, antiespasmódicos y en ocasiones, en las más rebeldes, opiáceos en forma de polvos de opio o láudano de Sydenham.

El único caso rebelde que hemos observado necesitó de la administración permanente de polvos de opio o láudano en pequeñas dosis mantenidas.

Ulin¹⁵⁷ recomienda en casos de diarreas rebeldes usar sedantes (barbitúricos o bromuros); antiespasmódicos (papaverina, atropina, belladona); lactato o gluconato de calcio uno a dos gramos a tomar o un gramo endovenoso; aceite de ricino para eliminar el factor tóxico alimenticio (este hecho no es admitido por otros autores¹⁵⁸) y finalmente, antibióticos o bacteriostáticos activos contra la flora intestinal.

FLEBITIS DEL MESO DEL ASA EXTERIORIZADA

Bacon²⁷ describe esta lesión conjuntamente con otros autores que han publicado algunos casos.

No hemos encontrado hasta el momento en ningún paciente la comprobación anatopatológica de esta complicación.

RETRACCION

Concepto: Se llama así al hundimiento de la colostomía hacia el interior de la cavidad abdominal. Esto puede desarrollarse en forma brusca o evolucionar en el curso de algunos días.

Existen tres tipos posible de retracción: a) hundimiento del asa sin despe-

garse de la pared abdominal [Fig. 114]; b) hundimiento con despegue de la pared [Fig. 115] y c) cuando se trata de colostomías con exteriorización de asa no terminal, la pared posterior que forma un tabique de sostén, puede hundirse hacia la cavidad lo que provoca la retracción total [Fig. 116] o parcial [Fig. 177] de la colostomía.

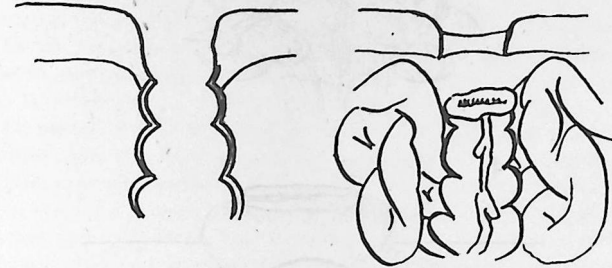


Fig. 114.—Retracción sin desprendimiento. Fig. 115.—Retracción con desprendimiento en colostomía terminal.

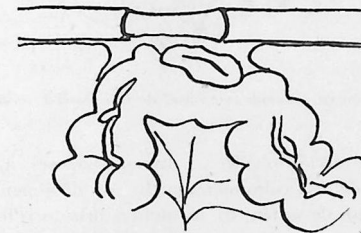


Fig. 116.—Retracción en colostomía "en asa" de tipo total.

Frecuencia: Sólo hemos observado la retracción del tipo c en cinco enfermos con colostomía de Wangensteen. En dos de ellos se produjo retracción parcial con hundimiento de la pared posterior y pérdida parcial de la función derivante del tránsito, provocada por el retiro precoz (antes de 10 días de operados) de las varillas de sostén. Otros dos casos, con la colostomía funcionando desde hacía meses, al practicar lavados con sonda Nélaton gruesa por el asa distal hacia el colon descendente, provocó el desprendimiento de la pared posterior, perdiéndose la capacidad desfuncionalizante de la colostomía y restableciendo el tránsito. Uno de ellos evolucionó hasta el cierre espontáneo. El quinto paciente del grupo presentó una retracción de la colostomía después de un mes de efectuada, transformándose en una fistula estercorácea.



Fig. 117.—Retracción en colostomía "en asa" de tipo parcial (tabique posterior).

Patogenia: La retracción obedece a diversos factores: a) pared abdominal muy amplia al paso del asa colostomizada; b) asa débilmente fijada; c) retiro precoz de los elementos de sostén; d) maniobras bruscas o forzadas sobre la colostomía con fines de exploración o lavados y e) asa con exteriorización insuficiente o muy traccionada.

Pronóstico: Depende de si la retracción va acompañada o no de desprendimiento de la pared abdominal, en cuyo caso puede instalarse de inmediato una peritonitis estercorácea.

Tratamiento: El tratamiento preventivo consiste en ejecutar técnicas correctas, con suficiente exteriorización del asa, con puntos de sostén aptos a la fijación y mantenidos un tiempo prudencial para lograr la adherencia suficiente entre el asa y la pared y evitar maniobras que favorezcan el desprendimiento de la colostomía.

Cuando la retracción es simple, es decir sin desprendimiento, la reparación es sencilla y se hace cuando persiste la necesidad de derivar totalmente el tránsito, exteriorizando algo más el asa. En cambio, si se produce una retracción con desprendimiento obliga a una intervención intraabdominal de urgencia.

Concepto: Se denomina *contracción* exclusivamente a la disminución del calibre o al cierre total de la *boca* de la colostomía. No debe confundirse este término con el del *retracción* y debe tenerse presente que puede existir *contracción* sin *retracción* y viceversa [Fig. 118].

Frecuencia: Jones y Kehm²⁵⁶ dan una frecuencia de 7% de sus casos en los que ha sido necesario rehacer la colostomía. Binkley²⁵⁵ dice que es una complicación frecuente que puede producirse a los pocos meses y aún años después de hecha la colostomía.

En nuestra serie se han presentado 7 casos de *contracción* en anos ilíacos definitivos: uno de ellos se recuperó espontáneamente, dos presentaron *contracción* moderada, tres llegaron al bloqueo total [Fig. 119] (dos debieron reoperarse y en el otro se practicó cecostomía que sufrió igual suerte cerrándose en forma espontánea), el séptimo caso evolucionó también a la oclusión total provocando por ello una eventración pericostómica que fué solucionada con *transversostomía* de Wangenstein.

Etiología: Según Breidenbach²⁵⁸ tiene gran importancia el largo de la proyección del asa sobre la piel. Cuando la boca queda primitivamente al ras de la pared, la *retracción* que suele producirse la coloca en un plano más profundo lo que condiciona la *contracción*.

A la inversa, Patey²⁶⁰ es partidario de seccionar desde un comienzo el asa al ras de piel, suturando a esta el borde mucoso, ya que la distancia a que quedan primitivamente estos elementos es proporcional a la cicatriz resultante, que el autor llama "*colostomía granulosa*" opuesta a la fijación primaria que llama "*aposición epitelial*". Dice tener la ventaja de proporcionar de immedia-

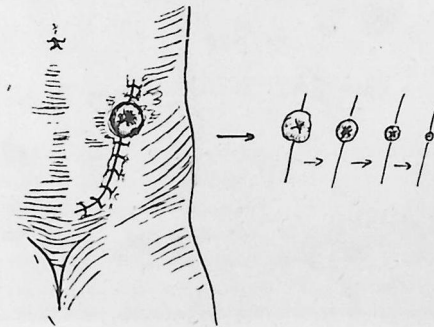


Fig. 118.—Evolución esquemática de la Contracción.

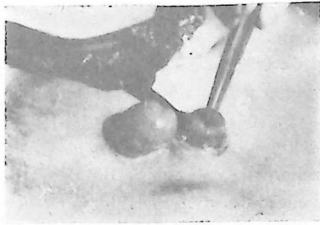


Fig. 119.—Contracción total.

to una colostomía funcional y no teme a la infección dado los medios eficaces actuales de lucha.

Binkley²⁵ destaca la importancia del ahogamiento de la boca debido al avance del tejido cicatricial desde la piel hasta el borde de la colostomía aún en aquellas de largo apropiado.

Lahey²⁸¹ afirma que un largo adecuado evita generalmente la contracción; pero hay enfermos con tendencia a la cicatriz queloidea que ahoga la colostomía.

Pronóstico: Depende del grado de contracción y es de especial importancia cuando esta complicación afecta a una colostomía definitiva.

No hemos observado jamás contracción de la colostomía de Wangenstein, la que muestra tendencia inversa, es decir, a la producción de bocas grandes.

Tratamiento: Consiste en ampliar quirúrgicamente la boca, reseca

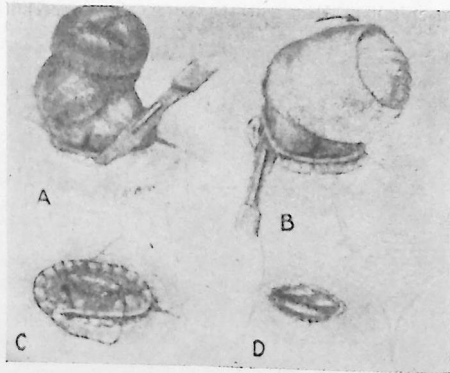


Fig. 120.—Resección del asa proyectada con sutura primaria de la mucosa al borde cutáneo (CRIDER y NEUBEISER).

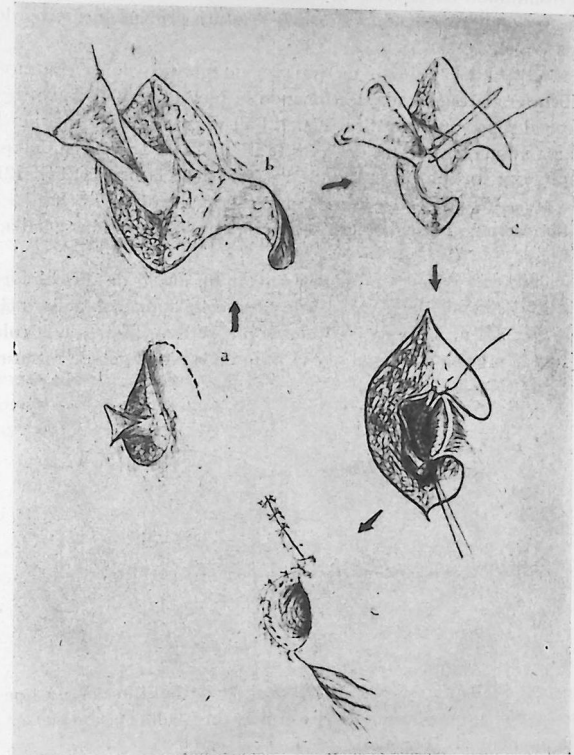


Fig. 121.—Reparación plástica de Seabroock de la contracción.

do cicatricial periostómico¹⁵⁶ y reaproximando la mucosa a la piel, lo que es sencillo cuando existe asa suficientemente larga.

En aquellos casos de ano iliaco izquierdo definitivo, totalmente contraído, es más sabio practicar una transversostomía abandonando la fístula estercorácea en que quedó convertida la colostomía primitiva.

Wiley y Sugarbaker¹⁷⁶ aconsejan la dilatación digital progresiva y precoz ejecutada por el mismo paciente para prevenir la contracción.

Crider y Neubeiser¹¹⁴ propician la sutura primaria de la mucosa al borde cutáneo, dejando la colostomía sólo a 2 centímetros por fuera de la piel. Con

esto han disminuído eficazmente la frecuencia de la contracción [Fig. 120]. Pa-tey³⁶⁹ exagera este predicamento aún más y sutura primariamente borde a bor-de mucosa y piel.

Seabroock¹¹³ ha propuesto un tratamiento plástico de la contracción, en que se libera el asa estenosada, seccionando la piel a su alrededor e incidiendo hasta llegar al plano aponeurótico [Fig. 121-a]; se practica una incisión longitu-dinal del asa misma hasta cerca de la fascia [Fig. 121-b]. La brecha del asa se su-ple y amplía con un colgajo propio de los bordes de la herida [Fig. 121-c], au-mentando así el diámetro del asa y por último se suturan los bordes de piel restaurando el estado normal [Fig. 121-d y e]. Es una operación sencilla, rápida y práctica.

Best y Hicken¹⁸ y Best¹⁹ proponen reseca un anillo de piel alrededor del asa la que se desprende de la pared y se exterioriza hasta sobresalir más o me-nos 2 cms. [Fig. 122-a]. El borde avivado de piel se lleva al pie de la colostomía [Fig. 122-b] y la mucosa más larga que el resto de la pared del asa se sutura evertida sobre ésta [Fig. 122-c].

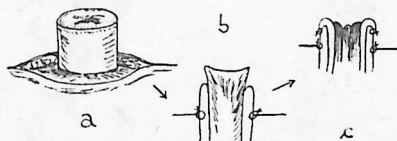


Fig. 122.—Corrección de la contracción propuesta por Best y Hicken.

RECESO

Concepto: Se llama así a la producción de un bolsillo del asa que se insi-núa entre la piel y un plano de fijación más profundo que puede ser el peri-toneo o la aponeurosis [Fig. 123].

Etiología: Se considera un trastorno de la fijación, pues depende de la per-sistencia de planos despegados como suele suceder con el celular subcutáneo, que permiten que ante un trastorno de la evacuación, como es la contracción del asa, la presión intracolónica proyecta la pared hacia el espacio que tolera esta expansión formando así el receso.

Frecuencia: Hemos permitido en algunos de nuestros pacientes el defecto de técnica de una mala aposición de planos parietales, en que por fortuna no se ha presentado concomitantemente la causa desencadenante, esto es la con-tracción salvando así la producción de esta secuela.

Tratamiento: Está basado en el adosamiento de los planos parietales en-tre sí, especialmente el subcutáneo a la piel y aponeurosis y en prevenir una es-trechez del asa por el plano aponeurótico o dérmico muy cerrados.

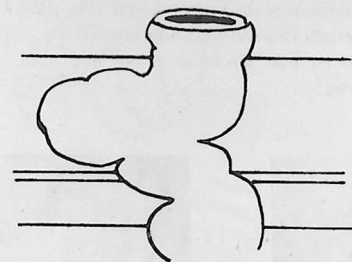


Fig. 123.—Esquema del receso.

PROLAPSO

Concepto: Se define como la protrusión o salida de las paredes del asa co-lostomizada a través de la boca de la colostomía sin que ésta se desprenda de la pared abdominal [Fig. 124].

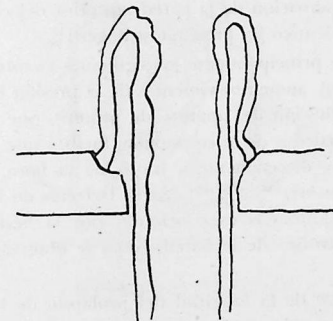


Fig. 124.—Esquema del prolapso.

Si esto último se produce hablamos de evisceración, ya que la cavidad peri-tonéal queda comunicada virtualmente al exterior.

Phillips y Rowson³⁷³ insisten en que el prolapso no compromete siempre a toda la pared, sino a veces participa solamente la mucosa. Esto en realidad no lo hemos visto en forma clara como para emitir una opinión en favor o en contra de este criterio.

Frecuencia: En la presente serie, el prolapso ha dado la más alta frecuen-cia de las complicaciones. Sin embargo, algunos autores afirman que es rara²⁵⁵ y Wiley y Sugarbaker¹⁷⁶ lo encuentran en uno por quinientos.

En el grupo de colostomías de Wangensteen [Fig. 125] lo presentaron 6 casos: dos en forma moderada con recuperación espontánea; un caso demostró prolapso, siendo necesario en uno seccionar el colon y hacer una colostomía de un cabo en el transverso.

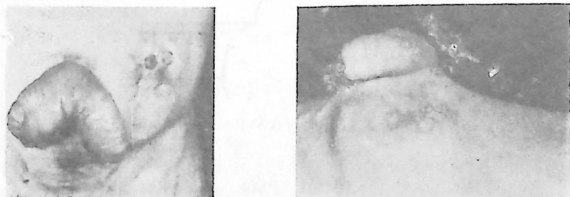


Fig. 125.—Prolapso Colostomía de Wangensteen: a) frontal y b) lateral.

En el grupo de ano ilíaco izquierdo se presentaron siete prolapsos de poca importancia que no fué necesario reoperar. Un caso de cecostomía produjo un gran prolapso con participación de la pared posterior del ciego que obligó a la recuperación. Un caso idéntico ha presentado Bogetti⁶⁴.

Etiología: Influyen principalmente los siguientes factores: a) Colon largo y flojo de meso amplio; b) aumentos violentos de la presión intraabdominal (tos, vómitos)²⁵⁹; c) la adaptación del aparato de prótesis, que al presionar en forma anular la pared alrededor de la colostomía, facilita que con los esfuerzos, la pared del asa se deslice directamente a través de la boca, fenómeno también observado por varios autores^{256, 454, 464, 57}. d) Defectos de la pared abdominal, como sucede en las colostomías exteriorizadas por la herida operatoria y e) Relajación atónica o atrófica de la pared, como se observa en enfermos crónicos desnutridos.

Pronóstico: Depende de la longitud del prolapso, de las recidivas y de la coexistencia de estrangulación del asa.

Tratamiento: En los casos moderados se practica reducción del asa, desechando la prótesis si es factor etiológico y facilitando la evacuación con laxantes suaves.

Los casos avanzados deben ser reintervenidos practicando fijaciones internas del asa y en ocasiones efectuando resecciones de las partes muy alteradas o modificando la colostomía.

Mayo³²⁹ propone reducir el prolapso y fija de inmediato el asa mediante un botón que aplica intraductalmente a la pared como lo muestra la figura [Fig. 126].

Dice el autor que la infección no es problema y sólo se produce una pequeña inflamación que adhiere el asa a la pared.

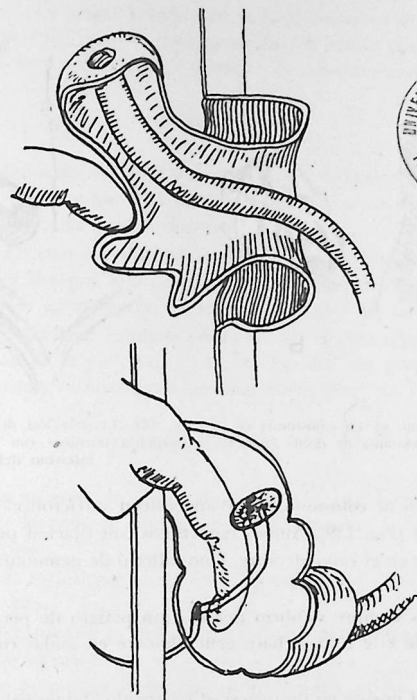


Fig. 126.—Tratamiento del prolapso con fijación del asa mediante botón.



EIVISCERACION

Concepto: Se ha englobado en esta terminología a los diversos aspectos que presenta la salida fuera de la cavidad abdominal sea del asa colostomizada en una [Fig. 127-a] o en doble barra [Fig. 127-b], de intestino delgado [Fig. 128] o ciplón, cuando existe desprendimiento entre el asa de colostomía y la pared abdominal.

Etiología: La causa de este accidente se debe a la producción de esfuerzos violentos en enfermos recién operados.

Frecuencia: Nuestra serie ofrece cuatro casos de evisceración. Dos de ellos con salida del intestino delgado entre la colostomía y la pared, uno por colostomía de Wangensteen y otro por colostomía ilíaca izquierda definitiva; ambos operados de urgencia fallecieron por peritonitis.

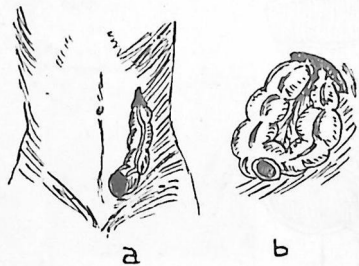


Fig. 127.—Evisceración: a) en colostomía de un caño, b) en colostomía de doble barra.

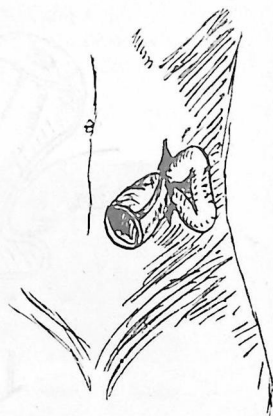


Fig. 128.—Evisceración de colostomía ílica izquierda terminal con participación del intestino delgado

Otros dos casos de colostomía de Wangenstein sufrieron el desprendimiento del asa colónica [Fig. 129]. Ambos reoperados con fijación periférica del asa a puntos separados en el cabo aferente. Uno falleció de neumonía en el postoperatorio inmediato.

Pronóstico: Es siempre sombrío por el gran peligro de peritonitis, porque una reoperación de este tipo se hace generalmente en malas condiciones orgánicas y locales.

Tratamiento: Consiste en reintegrar el contenido abdominal y practicar una

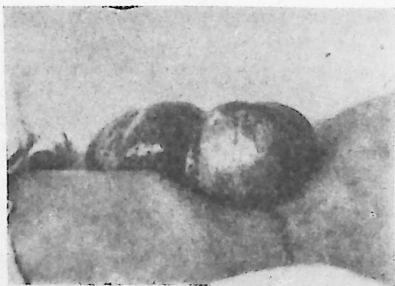


Fig. 129.—Evisceración en colostomía de Wangenstein.

fijación cuidadosa con catgut crómico en todo el contorno de la colostomía al anillo de la pared. Para prevenir esta complicación hemos practicado fijaciones en la cara antimesenterial de ambos cabos en la colostomía de Wangenstein.

DERMITIS

Concepto: Llamamos así a los distintos grados de inflamación irritativa de la piel alrededor de la colostomía provocada por materias fecales, que va desde la congestión hasta la erosión dérmica.

Frecuencia: En cuatro casos hemos observado dermatitis: dos por colostomía de Wangenstein y dos por ano ílico en la operación de Miles. Uno de estos fué una dermatitis de importancia, en los tres restantes fué moderada.

Tratamiento: Consiste fundamentalmente en el aseo repetido de la colostomía y protección de la piel. Esto lo hemos logrado con gran éxito aplicando esmalte de aluminio y en otros casos, aunque menos efectivas, pastas protectoras.

MACERACION

Concepto: Es un grado avanzado de dermatitis con compromiso de las capas más profundas de la piel con producción de ulceraciones y aspecto húmedo ligoso de la epidermis.

Frecuencia: Es raro llegar a esta dermatitis extrema. Hemos visto un sólo caso en una cecostomía.

Etiología: Depende de la mayor irritabilidad del contenido intestinal, especialmente en las cecostomías.

Tratamiento: Es similar al descrito en la dermatitis, al que debemos agregar régimen hiperproteico, con poco líquido y adsorventes, a fin de solidificar las evacuaciones cuanto sea posible.

EVENTRACION

Concepto: Se llama así a una menor resistencia de la pared, especialmente de los músculos que quedan dispuestos alrededor de la colostomía, lo que trae la protrusión consiguiente de la pared alrededor del asa, sin provocar desprendimiento del colon. Generalmente tiene el aspecto de un anillo de eventración pericolónica [Fig. 130].

Etiología: En su producción intervienen factores diversos: a) trastorno de la irrigación muscular, b) incisiones predispuestas a eventraciones, c) infecciones, d) mal estado nutritivo, e) bolsas receptoras que favorecen la formación del anillo pericolostómico y f) contracción de la boca que por los efectos de evacuación¹¹⁴ producen la eventración pericolostómica [Fig. 131].

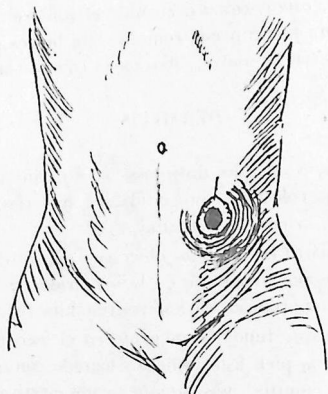


Fig. 130.—Eventración.

Frecuencia: Nuestra serie de colostomías revela cuatro casos: tres por operación de Miles y uno en ano ilíaco izquierdo paliativo. Este último se asoció con contracción de la boca. La colostomía de Wangensteen no ha demostrado esta complicación.

Pronóstico: Es bueno ya que rara vez se producen grandes eventraciones y son estados compatibles que el enfermo puede sobrellevar.

Tratamiento: Será quirúrgico sólo en casos muy avanzados.

EVENTRACION MAS CONTRACCION

Esta duplicidad es frecuente y la hemos visto en 6 casos, todos ellos de discreta intensidad, en ano ilíaco izquierdo. Gran importancia tiene en su producción el uso de bolsa receptora.

TRASTORNOS DEL CIERRE DE UNA COLOSTOMIA

SUPURACION.—A pesar de la evolución progresista de la antisepsis del colon, probablemente jamás podrá operarse en terreno aséptico, a lo que es necesario agregar la infección exógena. Esto hace que algunas heridas correspondientes al cierre de la colostomía se inflamen dando diversos grados de supuración.

Hemos visto supurar siete cierres de colostomías de Wangensteen, 6 moderados y uno solo con absceso subcutáneo que una vez vaciado cedió espontáneamente.

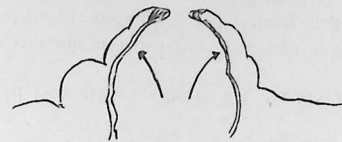


Fig. 131.—Mecanismo de eventración por contracción.

FISTULA ESTERCORACEA.—Una vez efectuado el cierre hemos visto supurar la herida, con formación posterior de un trayecto fistuloso, que primero deja escapar pus y posteriormente en forma gradual materias fecales. Este hecho se ha observado en dos casos después del cierre de la colostomía de Wangensteen.

Esto que a primera vista puede parecer como muy serio, es de buen pronóstico y tiene tendencia al cierre espontáneo siempre que no exista trastorno en el tránsito colónico distal. En una serie de Sanders, Halfner y Lynn⁴⁹⁷ de 72 cierres, el 2,8% se abrió, cerrando después espontáneamente.

ESTENOSIS O SUBESTENOSIS del asa reconstruida (es decir cerrada), sea radiológica o clínicamente, que se manifiesta con dolores de tipo cólico en flanco e hipocondrio derecho para las transversostomías y en el hipocondrio y flanco izquierdos, para las colostomías ilíacas y falta de evacuación intestinal.

Lo hemos observado en cuatro colostomías de Wangensteen, tres de ellas en forma moderada con comprobación radiológica de su estenosis, que se restablecieron espontáneamente. Un caso llegó a la oclusión total, obligando a una cecostomía que no fué capaz de solucionar el cuadro de obstrucción falleciendo a las pocas horas. Esto último se debió a que el enfermo llegó tardíamente en muy malas condiciones.

EVENTRACION producida por pared débil en la zona de cierre de la colostomía. La hemos observado de intensidad moderada consecutiva a una colostomía de Wangensteen y en un caso de gran extensión después del cierre de una cecostomía.

Allen y Welch⁴¹ cierran 17 cecostomías de las cuales 14 se eventraron.

EN LA DESTRUCCION DEL ESPOLON. El destruir el espolón trae consigo los siguientes peligros: a) compresión de los vasos del meso cuando éste no ha quedado fuera del tabique o suficientemente alejado, b) hemorragia directa del asa por trauma mediante el enterotribo, c) lesión de un asa del intestino delgado adherido o incluido en el extremo del espolón²⁹, d) perforación a peritoneo libre por aplicar el clamp por debajo de la zona de adherencias de las asas.

Ya Lecene y Leriche²⁸⁹ llamaban la atención sobre estas posibles complicaciones de la atrición del espolón.

Devine¹³⁹ admite la producción de hemorragias por inclusión del mesenterio entre las ramas del clamp y por igual razón mordeduras o compresiones del intestino delgado que provocan un cuadro de obstrucción y shock.

TROMBOSIS DE LA MESENTERICA SUPERIOR

Con esta denominación se engloba a la trombosis del tronco de la mesentérica superior o sus ramas mesenteriales del intestino delgado o grueso.

El *Mecanismo* de producción no se ha podido determinar en nuestros enfermos. Sin embargo, se trataba de pacientes de edad avanzada probablemente arterioescleróticos. Ahora bien, la tracción del mesocolon al exteriorizar el colon transverso produce la acodadura o tracción de la mesentérica, lo que en un terreno esclerótico, puede favorecer la trombosis. Sólo se produce la necrosis del intestino delgado sin que aparezcan lesiones en el intestino grueso, hecho que podría explicarse por la vascularización de este órgano a través de la Arca de Riolo, desde la arteria cólica izquierda, que es rama de la mesentérica inferior.

Este hecho anatómico es además de valor clínico, ya que el intestino exteriorizado en la colostomía aparece sin las alteraciones por isquemia, que necrosan en cambio, el intestino delgado y llevan al paciente a la muerte.

Nuestra casística anota dos casos de trombosis de la mesentérica superior a las pocas horas de efectuada una colostomía de Wangenstein en el colon transverso. Ambos pacientes eran de edad avanzada.

El *Pronóstico* de esta complicación es fatal a corto plazo.

PROLAPSO DEL INTESTINO DELGADO (A través de la boca del colon exteriorizado)

No hemos observado esta complicación; pero Mervine y Lemmon³³³ llaman la atención sobre ella y presentan un caso en que el ileón hizo una intususcepción a través del ciego, llegando hasta la colostomía ubicada en el ángulo hepático del colon.

TRASTORNOS SOBRE LA ESFERA PSICOLOGICA

Los efectos psicológicos que puede provocar la idea de la mantención de una colostomía son a veces tan intensos que hacen desistir al enfermo de una intervención quirúrgica aunque sepan que con ello arriesgan la vida. Sin embargo, hemos observado que una vez practicada la colostomía es casi habitual que el paciente se adapte a esta nueva condición, en individuos de distinto ambiente social y actividad.

Es cierto que muchos portadores de colostomías definitivas, ignorando esta

suerte, esperan el advenimiento de la segunda operación reparadora, lo que ayuda a sobrellevar el estado. Los portadores de un cáncer, que se dan cuenta de su mal o se les ha comunicado, preguntan frecuentemente si llevarán o no una colostomía. En estos casos, el poder convincente del cirujano es de inmenso valor para evitar que el paciente niegue la operación radical.

Es fundamental que el cirujano tenga la experiencia necesaria en el manejo de la colostomía para subsanar todas las inquietudes y problemas que el paciente le oponga. Los buenos consejos pueden evitar desastres en la esfera psicológica de un colostomizado. Varios autores insisten en este punto de vista. Ficarra¹⁵⁹ y Goldman y Hartmann¹⁹⁹ citan casos de suicidio, divorcio o repugnancia estética.

INTERFERENCIAS CON LA ACTIVIDAD DEL INDIVIDUO

Al respecto serían muy variadas las consideraciones a estudiar, por ello nos limitaremos a enumerar los hechos que nuestros enfermos nos han enseñado.

Es habitual que los portadores de una colostomía deben dejar o cambiar los trabajos pesados que les exigen esfuerzos abdominales.

Muy escasos enfermos han quedado inválidos para desarrollar alguna actividad, dependiendo más bien de la afección causal que de la terapéutica.

El mal olor que mantienen las colostomías suele ser un escollo grave. Sin embargo, hemos observado que la ingestión de clorofila suprime o debilita el olor hasta límites socialmente soportables.

El acostumbriamiento y adaptación son regla general en nuestros pacientes.

El uso de prótesis, si bien en algunos casos es bien tolerado y aprovechado, es frecuente que los enfermos lo rechacen, adaptando un apósito simple con una faja que lo sujeta, permitiendo esto mejor desarrollo de las actividades.

Dukes¹⁴⁶ ha determinado que la colostomía invalida más al hombre que a la mujer y recomienda el establecimiento de centros u hogares de enseñanza en el manejo y adaptación a la colostomía.



1. *Aguirre Mac-Kay, y Brahm, Y. O.* Amebiasis del colon y complicaciones quirúrgicas más importantes (perforaciones y apendicitis). Arch. Soc. Cir. Hospital 17: 372, 1947.
2. *Aguirre Mac-Kay, L. Martínez, L. I. y Jarpa Orrego, S.* Fístula estercorácea complicada. Arch. Soc. Cir. Chile 7: 341, 1951.
3. *Aguirre Mac-Kay, L. Martínez, L. I. y Jarpa Orrego, S.* Flegmón pio-estercorácea del espacio pelvirectal. Rev. Med. Chile 80, 1952.
4. *Aguirre Mac-Kay, L., Jarpa Orrego, S. y Martínez, L. I.* Obstrucciones no neoplásicas del colon. Bol. Soc. Ciruj. Uruguay 24: 1953.
5. *Aguirre Mac-Kay, L., Jarpa Orrego, S. y Larach, A.* Cirugía Abdómino-perineal. Técnica con Doble Equipo Simultáneo. Segundo Congreso Soc. Cir. Chile, Concepción 1950.
6. *Aguirre Mac-Kay, L., Martínez, L. I. y Jarpa Orrego, S.* Fístula estercorácea. Arch. Soc. Cir. Chile 6: 1251, 1954.
7. *Aguirre Mac-Kay, L., Jarpa Orrego, S., Martínez L. I. y Bayer, C. R.* Poliposis de Colon y Recto. Arch. Soc. Cir. Chile 6: 1954.
8. *Aguirre Mac-Kay, L., Jarpa Orrego, S., Martínez L. I. y Bayer, C. R.* Antisepsis preoperatoria del Colon. Bol. Hosp. S. Juan de Dios 2: 24, 55.
9. *Albers, J. H. and Smith Louis, L. A.* Comparison of Cecostomy and Transverse Colostomy in Complete Colon Obstruction. Surgery, Gynec. and Obst. 95: 410, 1952.
10. *Allamand, J.* La Técnica de la Amputación Abdominoperineal por Cáncer de Recto. Arch. Soc. Cir. Hosp. 9: 289, 1939.
11. *Allen, A. W. and Welch, C. E.* Cecostomy. Surg. Gynec. and Obst. 73: 549, 1941.
12. *Alley Rufus, C.* Compression Ligature for Prolapse of Colostomy. Am. Proct. Soc. 39: 136, 1938.
13. *Alliende, D. J.* Resección del Asa Sigmoidea por el Método de Delore. Tesis, 1938.
14. *Allingham, W.* Inguinal Colostomy. Collected Papers of St. Mark's Hospital, London, H. K. Lewis and Co. 1935 (Reproducción de "Diseases of the Rectum" by William Allingham. London 5 th. ed. 1888.
15. *Amorim, M. e Correa Neto, A.* Histopatología e Patogenese do megacolo e Megareto. An. Fac. Med. Univ. Sao Paulo, 8: 101, 1932.
16. *Amussat, Quelques Reflexions Pratiques sur les Rétrécissements du Rectum.* Gaz. Méd. Paris, 1839.
17. *Appleby, L. H.* Proctostectomy: the Management of Colostomy with Ureteral Transplants. Am. J. Surg. 79: 37, 1950.
18. *Ashhurst, A. P. C.* Imperforation of the Rectum and Anus with a Report of 12 Cases from the Children's Hospital of Philadelphia and an Analysis of 95 Recent Operations. Univ. Pennsylvania Med. Bull. 20: 96, 1907.
19. *Astler Vernon, B. and Moirley, G. W.* Deodorization of Colostomies and Leukorrhic Conditions by Means of Chlorophyll Preparations. Univ. of Mich. Med. Bull. 17: 112, 1951.

20. *Audisio, E.* Ano Cecal. *El Día Médico* 22: 985, 1950.
21. *Auby, Ch.* Un Nouveau Procédé de Colostomie Iliaque. Colostomie Transpariétale. *Arch. prov. de Chir.* 1: 347, 1892.
22. *Avendaño, C.* Vólvulus de la S. Iliaca y su Tratamiento por la Operación de Paul. *Arch. Soc. Cir. Hosp.* 2: 237, 1932.
23. *Avendaño, C.* Consideraciones sobre el Mikulicz-Paul y Exámenes Histopatológicos y Experimentales. *Arch. Soc. Cir. Hosp.*, 1932:34.
24. *Avendaño, C.* Cirugía del Colon. Tercer Congreso Chileno Americano de Cirugía, pág., 459, 1941.
25. *Babcock, W. W.* The Advantage of Perineal over Abdominal Colostomy. *J. A. M. A.* 113: 6, 1939.
26. *Bacon, H. E. and Rowe, R. J.* Radicality of Methods to eliminate Colostomy; Critical Review. *J. Internat. Coll. of Surg.* 11: 243, 1948.
27. *Bacon, H. E.* Anus, Rectum, Sigmoid Colon. Diagnosis and Treatment. *J. B. Lippincott Co.*, 1949.
28. *Bacon, H. E. and Ross Stuart T.* Atlas of Operative Technic Anus Rectum and Colon. The C. V. Mosby Co., St. Louis 1954.
29. *Bahr, S. J.* La Sigmoidectomía por el Método Mikulicz-Paul. *Arch. Soc. Cir. Hosp.* 12: 207, 1942.
30. *Bahr, S. J.* Detalle útil en la Operación de Mikulicz-Paul. *Arch. Soc. Cir. Hosp.* 11: 429, 1944.
31. *Bahr, S. J.* Oclusión Intestinal. Tesis 1949.
32. *Bahr, S. J.* Vólvulus del Asa Sigmoidea. Quinto Congreso Interamericano de Cirugía, Bolivia, 1950.
33. *Ball, C. B.* The Rectum, its Diseases and Developmental Defects. London, Hodder y Stoughton, 1908.
34. *Bargen, J. A. and Victor, M.* Diet in Intestinal Disorders. *J. A. M. A.* 97: 1951, 1931.
35. *Bartlett, R. W.* Management of Colostomies in the Fifteen Hospital Center (England). *Archives of Surg.* 54: 269, 1947.
36. *Beardsley, J. M.* Cecostomy. *Am. J. of Surg.* 84: 236, 1952.
37. *Becker, W. F.* Acute Obstructions of the Colon. An Analysis 205 Cases. *Surg. Gynec. and Obst.* 97: 677, 1953.
38. *Begín, L. J.* Del Ano Artificial y de las diferentes Operaciones que se emplean para establecerle o que sirven para curarle. Nuevos Elementos de Cirugía y Medicina Operatoria 1: 305, 1827.
39. *Begouin, P. Duval, P. et Améline, A.* Fistules Stercorales et Pio-Stercorales. Anus Contre Nature. Précis de Pathologie Chirurgicale; Masson et Cie Edit., 1938.
40. *Behrend, M. y Behrend, A.* Moderns Trends in Surgery of the Colon. *Surg. Clin. of N. A.* 28: 525, 1948.
41. *Bell, J. W., Masao Yatsushashi and Langdon Parsons.* Problems in Wet Colostomy Management Following Radical Pelvic Surgery. Use of a New Giant, Ballon Catheter. *The Am. J. of Surg.* 84: 378, 1952.
42. *Benzadon, J.* Modificación al Procedimiento de Le Gac para el Cierre de los Anos Contra Natura con Espolón. *Arch. Soc. Cir. Chile* 6: 1153, 1954.
43. *Berger, L. y Horvitz, A.* Progress in Colon Surgery. *Am. J. of Surg.* 78: 466, 1949.
44. *Berk, J. E.* Perforation Following Barium Enema. *J. A. M. A.* 148: 766, 1952.
45. *Berkebile, R. D.* An Improved Mikulicz Spur-crushing Clamp. *Am. J. of Surg.* 80: 379, 1950.
46. *Berman, E. F.* A new Simplified Method of Defunctionalizing the Colon. *Surg. Gynec. and Obst.* 79: 419, 1944.
47. *Berry, F. B.* Bull. U. S. Army Med. Depart. 6: 140, 1946.
48. *Best, R. R. and Hicken, N. F.* *Am. J. of Surg.* 30, 1935.
49. *Best, R. R.* The Selection of a Colostomy Technic and Presentation of a Plastic Procedure for the Intractable Stenosed Colostomy Transaction. *Am. Protoc. Soc.* 36: 75, 1935.
50. *Best, R. R. and Hicken, N. F.* Plastic Operation for the Repair of Retracted and Stenosed Colostomies. *Am. J. of Surg.* 30: 287, 1938.
51. *Best, R. R.* Selection of Operative Procedure to Avoid Colostomy in Carcinoma of Rectum and Rectosigmoid. *Surg. Gynec. and Obst.* 86: 98, 1948.
52. *Best, R. R.* Factors Related to avoiding Colostomy for Lesions of the Rectosigmoid. *J. Int. Coll. Surg.* 15: 352, 1951.
53. *Bettman, R. B., Richter, H. M. Jr. and Douglas, T.* Perforation of Colostomy Loop by Soft Rubber Catheter. *J. A. M. A.* 151: 206, 1953.
54. *Binkley, G. E.* The Care of the Colostomy. *Ann. of Surg.* 71: 1929.
55. *Binkley, G. E.* Construction and Care of Abdominal Colostomy. *Am. J. of Surg.* 83: 807, 1952.
56. *Birch, C. A. and Pemberton, T. M.* The Care of Colostomy. *Practitioner* 169: 509, 1952.
57. *Birnbaum, W. y Ferrier, Ph.* Complications of Abdominal Colostomy. *Am. J. of Surg.* 83: 64, 1952.
58. *Bloch, O.* Extra-Abdominal Resektion af hele Colon Descendens og et Stykke af Colon Transversum for Cancer. *Hosp-Tid. Kjöbeuh* 2: 1053, 1954.
59. *Bodian, M., Stephens, F. D. e Ward, B. C. H.* Hirschsprung's Disease and Idiopathic Megacolon. *Lancet* 256: 6, 1949.
60. *Bodian, M., Stephens, F. D. y Ward, B. C. H.* Hirschsprung's Disease. *Lancet* 258: 19, 1950.
61. *Bodian, M., Carter, C. O. and Ward, B. C. H.* Hirschsprung's Disease. *Lancet* 260: 302, 1951.
62. *Boehme, E. J. and Cattell, R. B.* Cancer of the Rectum. A Discussion of Preoperative Preparation. Postoperative Complications and Colostomy Management. *Surg. Clin of N. A.* 26: 564, 1946.
63. *Boeerna, I.* Anus Praeternaturalis (Artificial Anus). *Ned. tsdr. genesk* 96: 2513, 1952.
64. *Bogetti, H.* Prolapso Intestinal por la Cecostomía en un enfermo de Colitis Ulcerosa. *Soc. Arg. de Cirujanos* 10: 165, 1949.
65. *Bowman, F. B.* The Postoperative Management of The Permanent Colostomy. *Canad. Med. Ass. J.* 29: 69, 1933.
66. *Brandberg, R.* Is cecal Fistula (Cecostomy) always without danger? *Nord. Med. Hygiena.* 25: 735, 1945.
67. *Bravo, A. C.* Linfogranuloma Rectal. Fistula Recto Vaginal del Esfínter Anal. Resección Perineal del Recto. Plástica Anal. Método de Wreden-Stone. *Arch. Soc. Ciruj. Hosp. Chile.* 11: 553, 1944.
68. *Breidenbach, L. y Slattery, L. R.* Construction and Care of the Permanent Colostomy the *Am. J. of Surg.* 77: 344, 1949.
69. *Bricker, E. M.* Bladder Substitution after Pelvic Evisceration. *Surg. Clin. of N. A.* 30: 1511, 1950.
70. *Brooke, B. N.* Management of a Patient with Colostomy or an Ileostomy. *Post. Grad. M. J. London.* 30: 237, 1954.
71. *Brown, A. M.* A Colostomy Bag. *Arch. of Surg.* 58: 54, 1919.
72. *Brown, R. N.* Management of the artificial Anus. *Am. West. Med. and Surg.* 3: 173, 1949.
73. *Brown, R.* Chlorophyll as a Deodorant. *The Modern Hospital* 77: 74, 1951.
74. *Brunschwig, A.* Complete Excision of Advanced Carcinoma. *Cáncer* 1: 77, 1948.
75. *Buie, L. A.* Proctología Práctica. Salvat Edit. S. A., 1943.
76. *Bukh, H.* Clinical Research on the Permanent Colostomy. Its Function and Management. *Act. Chir. Scand.* S. 190: 1954.
77. *Butler, C.* Some Observations on the Treatment of Carcinoma of the Rectum. *Proc. Roy. Soc. Med.* 45: 41, 1952.

78. Callander, C. L. Anatomía Quirúrgica. Edit. Salvat, S. A., 1946.
79. Callisen, H. Principia Systematis Chirurgiae Hodiernae 2: 688, 1798.
80. Calzaretto, J. Tratamiento de los Cuadros Inflammatorios del Colon Izquierdo. Rev. Soc. Arg. Proct. 9: 8, 1951.
81. Cameron, E. S. Simple Plastic Operation for Stenosed Colostomy. Rhode Island M. J. 32: 138, 1949.
82. Cameron, J. A. M. On the Aetiology of Hirschsprung's Disease. Arch. Dis. Children 3: 210, 1928.
83. Campbell, F. B. Transverse Colostomy in Chronic Ulcerative Proctocolitis. Southern M. J. 42: 435, 1949.
84. Campbell, F. B. and Schaeffer, W. C. The Colostomy. Its Reconstruction and Care. J. A. M. A. 146: 93, 1951.
85. Campbell, F. B. and Samson, R. B. Transverse Colostomy for Ulcerative Colitis. The J. of The Internat. Coll. of Surgeons 19: 489, 1953.
86. Campbell, O. J. Surgery of Carcinoma of The Colon. Am. Surg. 23: 215, 1940.
87. Candiotti, A. N. y Petrone, C. Aplicación Práctica del Ano Contranatura de Wangenstein en las Complicaciones Agudas del Colon Izquierdo. Rev. Soc. Arg. Proct. 9: 87, 1951.
88. Canonico, A. Diverticulitis y Diverticulosis del Colon. 1953.
89. Cañetti, J. B. y Howell, J. C. Discussion of Some Practical Points of Colostomy. Med. J. Rec. 129: 208, 1929.
90. Casanova Diaz, A. S. Perineal Colostomy with and without Sphincter Preservation. Bol. Asoc. Med. Puerto Rico 3: 199, 1951.
91. Casco Muñoz, E. D. Manual de Proctología, 1941.
92. Casco, C. M. New Technic for Temporary Cecal Anus. Rev. Soc. Med. Arg. 60: 88, 1946.
93. Cattell, R. B. The Management of Colostomy. Surg. Clin. of N. A. 18: 755, 1938.
94. Cattell, R. B. Management of Ileostomy and Colostomy. Proc. of the Inter-
State Postgraduate Med. Ass. of N. A. 2: 1939.
95. Cattell, R. B. Welch, M. I. An Unusual Complication of the Mikulicz Type. Surg. Clin. of N. A. 26: 623, 1946.
96. Cattell, R. B. Colostomy. Abdominoperineal Resection for Carcinoma of the Rectum. Surgical Practice of the Lahey Clinic, 1951.
97. Cautley, W. C. and Mc Cutchen, G. T. Colostomy and Ileostomy. Am. Surgeon 17: 426, 1951.
98. Ceresetto, P. L. Perforaciones Agudas del Colon Sigmoideo. Rev. Soc. Arg. Proct. 9: 73, 1951.
99. Chamberlain, D. Colostomy. Clinical Journal 74, 1945.
100. Christmann, F. E., Ottolenghi, C. E., Raffo, M. J. y Grolmann, G. Técnica Quirúrgica. El Atenco Edit. B. Aires, 3: 131, 1935.
101. Clogg, H. S. Case of Malformation of the Rectum (Complete Absence of the Postallantoic gut and the Proctodeum); Operation; Result. Proc. Roy. Soc. Med. 1: 39, 1912.
102. Clute, H. M. The Technic of Colostomy Closure after Mikulicz Resection of the Large Intestine. Surg. Clin. of N. A. 8: 145, 1925.
103. Coffey, R. C. The Mayor Procedure First in Two-stage Operation for Relief of Cancer of the Rectum. Ann. Surg. 61: 446, 1915.
104. Colcock, B. P. Traumatic Perforation of the Colon as seen in a General Hospital. Surgery 17: 1, 1945.
105. Colcock, B. P. Construction of Satisfactory Colostomy. Lahey Clin. Bull. 7: 18, 1950.
106. Colcock, B. P. Primary Resection of the Colon. Surgical Practice of the Lahey Clinic, W. Saunders Co., 1951.
107. Colcock, B. P. Colostomy: Historical Role in the Surgery of the Colon and Rectum. Surgery 31: 794, 1952.
108. Collier, F. A. and Ransom, H. K. Carcinoma of the Rectum. Conclusions based on 'Twelve Year' Experience with
combined Abdominoperineal Resection. Surg. Gynec. and Obst. 78: 304, 1944.
109. Collier, F. A. and Vaughan, H. H. Treatment of Carcinoma of the Colon. Ann. Surg. 121: 395, 1945.
110. Conole, F. D. Modern Trends in Colon Surgery. Am. J. of Surg. 79: 820, 1950.
111. Constant, A. Vólculo del Colon Ileopélvico. Bol. Soc. Cir., 1923.
112. Corbett, R. S. The Management of a Permanent Colostomy. Proc. Roy. Soc. Med. 58: 695, 1945.
113. Coren, O. J. y Bernárd, R. D. Probable Mechanism of Bowel Content Deodorization by Chloresium Ingestion: a Confirmatory Bacteriologic Study. N. Y. State M. J. 54: 2195, 1954.
114. Crider, R. J. and Neubeiser, B. L. The Primary Suture of the Colostomies. The J. of Missouri State Med. Ass. 48: 365, 1951.
115. Cromar, C. D. The Management of the Colostomy. Canad. M. Ass. J. 70: 290, 1954.
116. Cross, F. S. New Method for obtaining Barium Enemas in Colostomy Patients. Surgery 50: 460, 1951.
117. Cushman, G. F. y Kilgore, A. R. Apendicostomy for Chronic Ulcerative Colitis. West. J. of Surg. Gynec. and Obst. 47: 692, 1939.
118. Cutait, D. E. Tratamiento Cirúrgico do Megassigma pela Rectosigmoidectomia abdominal. Comunicacao ao VII Congreso Internacional de Cirurgia do Colegio Internacional de Cirúrgicos. B. A., 1950.
119. Cutait, D. E. Tratamiento do Megassigma pela Rectosigmoidectomia Tesis. Sao Paulo, 1953.
120. Cutler, E. C. Military Surgery U. S. Army - European Theater of Operations 1944-45. Surg. Gynec. and Obst. 82: 261, 1946.
121. Daniel, W. H. Colostomy Clamp. Am. J. Surg 71: 103, 1943.
122. Daniel, W. H. Colitis Ulcerosa Crónica. Rev. Soc. Arg. Proct. 5 y 6: 110, 1947.
123. Davis, C. Jr. Enema Tube Perforation of the Colon. Ann. Surg. 126: 377, 1947.
124. De Bakey, M. and Ochsner, A. Surgery 5: 947, 1939.
125. Del Campo, J. C. Oclusión del Colon. Tercer Congreso Chileno Americano de Cirugía. p. 483, 1941.
126. Del Pozo, D. Tratamiento del Vólculo de la S iliaca. Sigmoidectomias en un Tiempo. Exper. Serv. Urg. Hosp. Barros Luco. Arch. Soc. Cir. Hosp. 17: 52, 1948.
127. Demel, R. Eine Einfache Herstellung d. verschlussfähig Künstafters. Dt. Ztschr. Chir. 210: 336, 1928.
128. Dennis, C. Treatment of Large Bowel Obstruction. Transverse Colostomy. Incidence of Incompetency of Ileocecal valve; Experience at the University of Minnesota Hospitals. Surgery 15: 713, 1944.
129. Desault, P. J. Journ. de Chir. 4: 248, 1794.
130. Devine, H. B. Colon Surgery in the Debilitated. J. Coll. Surg. Australia, 1928.
131. Devine, H. B. Safer Colon Surgery. Lancet 1: 627, 1931.
132. Devine, H. B. Operation on the De-functioned Distal Colon. Surgery 3: 165, 1938.
133. Devine, H. B. The Surgery of the Alimentary Tract., 1941.
134. Devine, H. B. and Devine, J. The Surgery of the Colon and Rectum, 1948.
135. Dimitriu, V. y Stoia, J. Rectitis Infiltrativas. Massons Cie Edit. 1933.
136. Dinnick, T. The Origins and Evolutions of Colostomy. Brit. J. Surg. 22: 192, 1944.
137. Dixon, C. F. and Benson, R. E. Closure of Colonic Stomas. Ann. Surg. 129: 562, 1944.
138. Dor, M. J. La Fermeture des Anus Iliaques Gauthes. Journ. de Med. de Paris, 37: 659, 1938.
139. Dragstedt, C. A., Lang, F. B. and Mi-

112. *Ilet, K. F.* The Effects of Distention on Different Portions of the Intestine. *Arch. of Surgery* 94: 705, 1931.
140. *Druckerman, L. J.* The Management of a Permanent Colostomy. *Am. J. Surg.* 46: 149, 1929.
141. *Druckerman, L. J.* Conduite a tenir Devant un Anus Artificiel Permanent. *Presse Medicale* 48: 189, 1940.
142. *Drueck, C. J.* The Indications for a Colostomy. *Am. Med.* 27: 561, 1928.
143. *Dubois, E. C.* The Management of the Colostomy. *Am. J. Nurs.* 34: 552, 1934.
144. *Dubois, E. C.* Living with the Colostomy. *N. England J. M.* 215: 869, 1936.
145. *Dubois, E. C.* Hint on the Management of a Colostomy. *Am. J. Nurs.* 55: 71, 1955.
146. *Dukes, C. E.* Management of a Permanent Colostomy. *Lancet* 253: 12, 1947.
147. *Durand, B.* The of Colostomy Care. *Am. J. Surg.* 87: 127, 1954.
148. *Duret, C.* *Rec. Periodique Soc. Med. de Paris*, 1798.
149. *Echeverri, I. E.* Vólvulus del Sigmoides. Tesis. U. Chile, 1940.
150. *Elliot, C.* and *Zollinger, R.* Atlas de Operaciones Quirúrgicas, 1941.
151. *Esperne, P.* Enterostomía en Doble Barra. *Pr. Med. Arg.* 31: 1005, 1944.
152. *Esperne, P.* Cáncer Rectosigmoideo; Transversostomía de Devine. *Pr. Med. Arg.* 31: 746, 1944.
153. *Esperne, P.* Colostomía Transversa de Urgencia en una Oclusión por Cáncer de Colon Sigmoideo. *Pr. Méd. Arg.* 32: 561, 1945.
154. *Etala, E.* Desfuncionamiento Colónico. *Arch. Arg. de Enf. Ap. Digest.* 25: 29, 1948.
155. *Faimberg, I.* y *Caponetti, I.* Conducta Quirúrgica en el Tratamiento de las Fístulas del Colon Izquierdo. *Rev. Arg. de Proct.* 8: 59, 1950.
156. *Fallis, L. S.* Transverse Colostomy. *Surgery* 20: 249, 1946.
157. *Ferrabani, R.* y *Dotto, F.* Perforaciones del Colon Sigmoideo. *Rev. Soc. Arg. Proct.* 9: 81, 1951.
158. *Ficarra, B. J.* Care of the skin Following Ileostomy and Colostomy. *Am. J. of Surg.* 79: 353, 1950.
159. *Ficarra, B. J.* Psychic Trauma Associated with Colostomy. *Geriatrics* 5: 219, 1950.
160. *Ficarra, B. J.* The Inevitable Colostomy. *M. Times N. Y.* 79: 210, 1951.
161. *Finochietto, R.* y *Esperne, P.* Ano Artificial; Cierre del Espacio Parietocólico Izquierdo. *Pr. Médica Arg.* 28: 2373, 1941.
162. *Finochietto, R.* y *Esperne, P.* Cecostomía. *Pr. Med. Arg.* 28: 2219, 1941.
163. *Finochietto, R.* Colostomía, Sección sin Espolón. *La Pr. Med. Arg.* 46: 2206, 1943.
164. *Finochietto, R.* Estrechez del Ano Artificial; Cirugía Plástica en un Caso. *Pr. Med. Arg.* 50: 21, 1943.
165. *Finochietto, R.* Desfuncionalización Quirúrgica del Colon. *Pr. Med. Arg.* 2: 1645, 1944.
166. *Finochietto, R.* Cecostomía con Prolapso Heocecal y Tratamiento. *Pr. Med. Arg.* 31: 1645, 1944.
167. *Finochietto, R.* Desfuncionalización Quirúrgica del Colon. *Pr. Med. Arg.* 32: 2253, 1945.
168. *Finochietto, R.* Pricolostomía. *Pr. Méd. Arg.* 36: 575, 1949.
169. *Finochietto, E.* y *Finochietto, R.* Técnica Quirúrgica. Operaciones y Aparatos, 1951.
170. *Finochietto, R.* Colostomía de Wangenstein sin Sutures. *La Sem. Méd.* 60: 165, 1953.
171. *Fitzgerald, R. R.* Aseptic Closure of Temporary Colostomy Wounds. *Canadá M. A. J.* 28: 70, 1933.
172. *Foisc, P. S.* Closure of Colostomy with Report of a Case. *The New England. J. M.* 231: 464, 1946.
173. *Fölmer, W.* The Significance of the Anus Praeternaturalis for the Treatment of Advanced Genital Cancer. *Medizinische* 49: 1584, 1953.
174. *Foster, R. L.* and *Fisher, R. F.* Colostomy as Emergency Treatment for Massive Melena Secondary to Diverticulitis. *Am. Surgeon* 20: 734, 1954.
175. *Fox, J. D.* y *Brush, B. E.* A New Ileostomy-Colostomy Device with a Disposable Plastic Bag and no Cement. *J. A. M. A.* 756: 1398, 1954.
176. *Friedman, M. H.* F. Aluminum Hydroxide Gel for Erosions in Patients with Bowel Fístulas. *J. A. M. A.* 131: 529, 1946.
177. *Friedman, N. B.* Pathogenesis of Intestinal Ulcers Following Irradiation; Effects of Colostomy and Adhesions. *A. M. A. Arch. Path.* 59: 2, 1955.
178. *Gabriel, W. B.* Discussion on Colostomy. *Proc. Roy. Soc. Med.* 20: 1452, 1927.
179. *Gabriel, W. B.* Five Case of Small-Gut Obstructions. Round Colostomies. *Proc. Roy. Soc. Med.* 21 1432, 1928.
180. *Gabriel, W. B.* Perineo Abdominal Excision of the Rectum in one Stage. *Lancet* 2: 69, 1934.
181. *Gabriel, W. B.* Small-Gut Obstructions, round Colostomies. *Coll. Papers of St. Mark's Hospital, London* 1935.
182. *Gabriel, W. B.* and *Lloyd-Davies, O. F.* Colostomy. *Brit. J. Surg.* 22: 520, 1935.
183. *Gabriel, W. B.* Discussion on Management of the Permanent Colostomy. *Proc. Roy. Soc. Med.* 38: 692, 1945.
184. *Gabriel, W. B.* Colitis Ulcerativa Crónica. *Rev. Soc. Arg. Proct.* 5 y 6: 107, 1947.
185. *Gabriel, W. B.* The Principles and Practice of Rectal Surgery. London. H. K. Lewis y Co. Ltd. 1949.
186. *Garat, A.* y *Garat.* Cierre Extraperitoneal de las Colostomías. *Sem. Méd. I:* 994, 1945.
187. *Garat, J. A.* Cierre Extraperitoneal; Eventración Paracolostómica; Tratamiento con Injerto Libre de Fasciálata. *Bol. y Trab. Soc. Arg. de Ciruj.* 7: 362, 1946. *Rev. Asoc. Med. Arg.* 60: 597, 1946.
188. *Garat, J. A.* Amputación Rectosigmoidea con Conservación de Esfínter (Cecostomía Anal) y Colectomía, en un Caso de Colitis Ulcerosa Grave Complicada de Pseudopoliposis y Cáncer. *El Día Médico* 20: 2020, 1948.
189. *Garat, J. A.* Enseñanzas de la Práctica de la Bicolostomía de Devine. *El Día Méd.* 20: 499, 1948.
190. *Garat, J. A.* Colostomías. *Acad. Arg. de Cir.* 33: 814, 1949.
191. *Garat, J. A.* Cierre Intraperitoneal de la Bicolostomía. *El Día Méd.* 23: 1659, 1951.
192. *García Capurro, R.* Apendicostomía Ensanchada. *Bol. Soc. Cirug. Uruguay.* 20: 54, 1949.
193. *Gentile de Mello, W.* y *Bernacchi, A.* Colostomías. Indicaciones e técnicas. *Bol. Centro de Est. do Hospital dos Servidores do Estado* 5: 105, 1953.
194. *Gibson, C. L.* *Boston M. S. J.* 117: 341, 1902.
195. *Gibson, L. P.* Colostomy Life. *Pract.* 120: 127, 1928.
196. *Glenn, F.* Colostomy of the Transverse Colon. *Surg. Gynec. and Obst.* 61, 1935.
197. *Goetzke, O.* Peniform Artificial Anus. *Chirurg.* 21: 153, 1950.
198. *Goetzke, O.* Problems of Artificial Anus. *Arch. Klin. Chir.* 276: 544, 1953.
199. *Goldman, R.* and *Hartmann, W.* Repulsive Disease as Grounds for Divorce; Physician's Duty to Inform Patient. *Chirurg.* 14: 270, 1942.
200. *Goligher, J. C., Lloyd-Davies, O. F.* and *Robertson, C. T.* Small-Gut Obstructions Following Combined Excision of the Rectum with Special Reference to Strangulation Round Colostomy. *The Brit. J. of Surg.* 38: 467, 1951.
201. *González, F. M.* Cierre de los Anos Contra-Natura y Fístulas Intestinales. Procedimiento de Matus. *Arch. Soc. Cir. Hosp.* 16: 463, 1946.
202. *Goni Moreno, I.* Defuncionalización Temporal del Colon. *Arch. Arg. Enf. Ap. Digestivo* 21: 333, 1946.
203. *Goni Moreno, I.* Sigmoidopatías con Exclusión del Cáncer. Sigmoiditis. Ló-

- pez y Etchegoyen S. R. L. B. Aires, 1947.
204. *Goodman, J. M.* Chlorophyll as an Adjunct in the Management of the Permanent Colostomy. *Surgery* 28: 550, 1950.
205. *Gordon Watson, C.* Discussion on Colostomy. *Proc. Roy Soc. Med.* 20: 1457, 1927.
206. *Gordon Watson, C.* The Diagnosis and Treatment of Carcinoma of the Colon. Coll. Pap. of St. Mark's Hosp. London, 1935. *The Brit. Med. J.* 1: 969, 1932.
207. *Gordon Watson, C.* Discussion on the Management of the Permanent Colostomy. *Proc. Roy Soc. Med.* 38: 692, 1945.
208. *Gosset, A.* *Techniques Chirurgicales*, 1936.
209. *Greene, E. I.* and *Greene, J. M.* Traumatic Perforation of the Colon in a Patient with a Colostomy. *J. A. M. A.* 148: 49, 1952.
210. *Gregg, R. O.* and *Dixon, C. F.* Operative Malignant Lesions of the Colon Producing Obstruction. *S. Clin of N. A.* 21: 1143, 1941.
211. *Gregg, R. O.* and *Mosely, J. M.* Closure of Colostomy Stoma; a Simplified Plan of Management. *Surgery* 20: 388, 1946.
212. *Grey Turner, G.* *Mod. Oper. Surg.* 1: 717, 1934.
213. *Gutelius, J.* Colostomy; its Use in Surgery and the Care of the Patient. *Mc Gill. Med. J.* 22: 121, 1953.
214. *Gutiérrez, A.* Cirugía del Intestino Grueso. Tercer Congreso Chileno Americano de Cirugía, 1941.
215. *Gutiérrez, B. H.* Tratamiento Quirúrgico de la Colitis Ulcerosa Crónica. *Rev. Soc. Arg. Proct.* 5 y 6: 122, 1947.
216. *Haecker, R.* Zur Frage des Sphinkterersatzes bei Anus Praeternaturalis. *Zbl. f. Chir.* 50: 827, 1923.
217. *Hamilton, J. E.* y *Cattanaeh, L. M.* Reconstruction of War Wounds of Colon and Rectum. *Surgery* 20: 237, 1946.
218. *Harton, T. X.* A Booklet for Colostomy Patients. *Am. J. Nurs.* 54: 1517, 1954.
219. *Hartmann, H.* Congrès Français de Chir. 30: 411, 1923.
220. *Hartmann, H.* *Chirurgie du Rectum*; Masson et Cie, Paris 1931.
221. *Haupt, C.* *Vólvulus*. Tesis (U. Chile), 1922.
222. *Hay, E. B.* y *Harris, J. W.* Perforation of Colon by Irrigation of Colostomy. *M. Rec. an An.* 45: 500, 1951.
223. *Hendon, G. A.* Simple Enterostomy Technic. *Ann. Surg* 91: 156, 1931.
224. *Hertz, C. S.* y *Pocer, D. H.* Closure of Colostomies and Fistulas of the Large Bowel. *Am J. Surg.* 74: 163, 1947.
225. *Hesse, F.* Über den Anus Praeternaturalis. *Mschr. Krebsbekämpfung* 9: 353, 1933.
226. *Heyd, C. G.* Increasing Usefulness of Devine Colostomy in Left Colon and Rectal Surgery. *Ann. Surg.* 116: 913, 1942. *Anales de Cirugía* 1: 1210, 1942.
227. *Heyd, C. G.* Colostomy. A Prospect and a Philosophy. *Clin. Symposia* 1: 205, 1949.
228. *Hirschman, L. J.* Colostomy Phobia. *Am. J. of Surg.* 77: 139, 1949.
229. *Hirshfeld, J. W.* y *Sutton, H. B.* A New Colostomy Protector. *Am. J. of Surg.* 81: 126, 1952.
230. *Hoffman, E.* and *Macht, A.* Traumatic Perforations of Colostomies. *Am. J. Surg.* 87: 140, 1954.
231. *Holder, H. G.* and *Lewis, E. F.* Management of Colostomies Performed for War Injuries. *Ann. Surg.* 126: 253, 1947.
232. *Horsley, G. M.* and *Michaux, R. A.* Surgery of Colon as Seen in an Overseas General Hospital. *Surgery* 19: 845, 1946.
233. *Howell, J. C.* Modern Technics in Colon Surgery. *Surg. Clin. of N. A.* 27: 1416, 1947.
234. *Houser, J. W.* Improved Technic for the Closure of a Loop Colostomy. *Am. J. Surg.* 63: 187, 1944.
235. *Hunt, C. J.* Surgical Treatment of Malignant Lesions of the Colon Complicated by Inflammatory Reaction, Fixation or Obstruction. *The Southern Surgeon Publ. Co.* 15: 248, 1949.
236. *Hunt, C. J.* Acute Bowel Obstruction. Method of Decompression of an Acutely Obstructed Colon. *Indust. Med. and Surg.* 19: 471, 1950.
237. *Hunt, C. J.* Surgical Decompression of the Colon for Malignant Obstruction. Description of Technic. *Arch. of Surg.* 61: 131, 1950.
238. *Hurst, A. F.* Anal Achalasia and Megacolon. *Guy's Hospital* 84: 317, 1934.
239. *Igarzabal, J. E.* *Tratado de Patología Quirúrgica*, Hachette S. A., 1952.
240. *Israel, G. I.* and *Levine, S.* Perforation of the Colon by Enema Tube During Colostomy Irrigation. *J. Albert Einstein M. Center* 3: 24, 1954.
241. *Iversen, A.* Colostomia Anterior. *Gyn. and Obst. Med.* 7: 182, 1889.
242. *Jackson, R. H.* Technic and Demonstrable Advantages of the Devine Colostomy. *Tr. South. Surg. Assn.* 60, 1938.
243. *Jarpa Orrego, S.* Tratamiento de la Rectitis Estenosante por Linfogranuloma Venéreo. *Rev. Méd. de Chile.* 80: 417, 1952.
244. *Jeannel, De la Colostomie Iliaque d'après le Procédé d'Audry.* *Arch. Prov. de Chir.* Paris 3: 96, 1894.
245. *Jennings, W. K.* The Colostomy and its Management. *Surg. Clin. of N. A.* 21: 259, 1941.
246. *Jentzer, A.* De L'Adaptation Fonctionnelle Dan Les Anus Contre Nature. *Arch. Fr. Belg. de Chir.* 25: 505, 1922.
247. *Jofre, R. J.* Colostomías. Comentario sobre sus Variedades e Indicaciones. *Soc. Med. de Mendoza: Primeras Jornadas Proctológicas de Cuyo* 55: 35, 1954.
248. *Johow, A.* Colectomía en un Tiempo por Vólvulo. *Bol. Soc. Cir.*, 1923.
249. *Jones, D. F.* A Two Stage Combined Abdominosacral Operation for Carcinoma of the Rectum. *J. A. M. A.* 65: 757, 1915.
250. *Jones, D. F.* Nelson's Loose-leaf Living Surgery. Pract., 1928.
251. *Jones, D. F.* The Diagnosis and Principle of Treatment of Carcinoma of Colon and Rectum. *Ann. Surg.* 94: 860, 1931.
252. *Jones, D. F.* The Diagnosis and Treatment of Carcinoma of the Colon and Rectum. *J. Canad. Med. Ass.* 28: 471, 1933.
253. *Jones, D. F.* Carcinoma of Colon and Rectum. *Bull. N. Y. Acad. Med.* 12: 509, 1936.
254. *Jones, T. E.* Abdomino-perineal Resection. *Am. J. of Surg.* 27: 194, 1935.
255. *Jones, T. E.* Carcinoma of the Rectum. *Ann. Surg.* 102: 64, 1935.
256. *Jones, T. E.* and *Kelm, R. W.* Management of the Permanent Colostomy. *Cleveland Clin. Quart.* 13: 198, 1946.
257. *Kaufman, P. A.* y *Swerdlow, H.* Bowel Perforation Following Enema Through a Permanent Colostomy. *Arch. Surg.* 67: 612, 1953.
258. *Kausch, W.* *Handb. Prakt. Chir.* 3: 160, 1923.
259. *Keeley, J. L.* Prolapse of the Efferent (Distal) Segment of the Bowel After Colostomy. *Surg. Gynec. and Obst.* 75: 605, 1942.
260. *Keene, C. H.* Reconstruction of Wounds of the Colon. *Surg. Gynec. and Obst.* 79: 544, 1944.
261. *Keene, C. H.* Colostomies. *The Bull. of the U. S. Army Med. Dtp.* 86: 115, 1945.
262. *Keetley, C. B.* Discussion of the Med. Soc. of London. *Brit. Med. J.* 2: 1112, 1894.
263. *Keetley, C. B.* Apendicostomy. *Brit. Med. J.* 2: 863, 1905.
264. *Kirschner, M.* Neuer Verschlussapparat für d. Künstlich Bauchhafter. *Zbl. Chir.* 62: 580, 1935.
265. *Kirschner, M.* *Tratado de Técnica Operatoria General y Especial*, 1936.
266. *Kirschner, M.* y *Normand, O.* *Tratamiento de la Colostomía*, 1936.

- do de Patología Quirúrgica General y Especial, 1946.
267. Klein, R. R. y Scarborough, R. A. Enfermedad de Hirschsprung. Am. J. Surg. 88: 6, 1954. La Sem. Med. 62: 280, 1955.
268. Knie, A. Zur Technik der Kolotomie. Zbl. Chir. 12: 433, 1885.
269. Knight, J. I. F. A New Colostomy Outfit. Lancet 231: 576, 1936.
270. Knight, J. I. F. Simple Colostomy Belt. Lancet 1: 88, 1944.
271. Körte, W. Erfahrungen über die Operative Behandlung der Malignen Dickdarmgeschwülste. Arch. f. Klin. Chir. 61: 403, 1900.
272. Kraske, P. über die Entstehung Sekundären Krebsgeschwülste durch Impfung. Centralbl. Chir. 11: 801, 1884.
273. Kraske, P. Zur Extirpation Hochsitender Mastdarmkrebses Verhandl. Deutsch. Gesselch. Chir. 29: 31, 1900.
274. Kratzer, G. L. Surgical Pathology of the Colonic Stoma. Surg. Gynec. and Obst. 98: 120, 1954.
275. Kurtzahn. Zur Erzielung der Kontinenz bei Anus Praeternaturalis. Deutsch. Med. Woch. 46: 546, 1920.
276. Kurtzahn. Eine Neue Möglichkeit der Bildung Eines Künstlichen Sphinkters. Deutsch. Med. Woch. 46: 461, 1920.
277. Kurtzahn. Verfahren zur Erzielung der Kontinenz bei Anus Praeternaturalis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 167: 129, 1921.
278. Lahey, F. H. Two Stage Abdomino perineal Remove of Cancer of Rectum. Surg. Gynec. and Obst. 51: 692, 1930.
279. Lahey, F. H. Resection of the Right Colon and Anastomosis of the Ileum to the Transverse Colon After de Plan of Mikulicz. Surg. Gynec. and Obst. 51: 923, 1932.
280. Lahey, F. H. and Cattell, R. B. Abdomino perineal Resection. Am. J. of Surgery 26: 200, 1935.
281. Lahey, F. H. and Colecock, B. P. A Modified Mikulicz Resection for Cancer of the Colon. S. Clin. of N. A. 22: 773, 1946.
282. Lahey, F. H. A Discussion of the Modified Mikulicz Operation for Carcinoma of the Colon and its Technic. Surg. Clin. of N. A. 26: 610, 1946.
283. Lahey, F. H. Operation for Carcinoma of the Rectum. S. Clin. of N. A. 26: 528, 1946.
284. Lahey, F. H. The Truth About Colostomy. Lahey Clin. Bull. 5: 130, 1947.
285. Landsman, A. A. The Postoperative Care of Artificial Anus. Med. Rec. N. Y. 142: 218, 1955.
286. Langenskiöld, A. Irreparable Vesico-Vaginal-Rectal Fistula Treated by Colostomy and Colpocleisis. Acta Chir. Scand. 106: 122, 1953.
287. Lavach, N. A. Algunas Consideraciones sobre Fistulas Intestinales. Arch. Soc. Cir. Hosp. 16: 696, 1946.
288. Lawrence A. E. Complicaciones de la Colostomia Mediana. Rev. Soc. Arg. Proct. 9: 76, 1951.
289. Lecene, P. y Leriche, R. Therapeutique Chirurgicale 3: 245, 1926.
290. Lemmer, K. E. y Mehnert, J. H. Colostomy. Advantage of Stablishing an Immediate Mucocutaneous Suture. Arch. Surg. 68: 463, 1954.
291. Lichtenstein, M. E. Colostomy. A Classification of Types Based on Anatomy and Function, with Historical Notes. Quart. Bull. Northw. University Med. School Chicago. 27: 44, 1953.
292. Lichtman, A. L. and Mc Donald. Fecal Fistula. Surg. Gynec. and Obst. 78: 449, 1944.
293. Lilienthal, H. Permanent Colostomy. An Improved Original Operative Method. Ann. Surg. 52: 384, 1910.
294. Lindenberg, J. On the Technique in Ileostomy and Colostomy. Acta Chir. Scand. 107: 25, 1954.
295. Littré. Historie de L'Acad. Roy. de Sci. de Paris 36, 1710.
296. Lobo Onell, C., Velasco, S. A. y Cabazón, B. L. Oclusión Intestinal Aguda y su Tratamiento. Arch. Soc. Ciruj. Hosp. 7: 15, 1937.
297. Lockhart-Mummery, J. P. Discussion on Methods of Making and Closing Colostomy Openings. Proc. Roy. Soc. Med. London 10: 135, 1917.
298. Lockhart-Mummery, J. P. The Closure of Colostomy Openings. Lancet 1: 554, 1917.
299. Lockhart-Mummery, J. P. Resection of the Rectum for Cancer. Lancet 1: 20, 1920.
300. Lockhart-Mummery, J. P. The Treatment of Acute Obstruction from Cancer of the Colon. Coll. Pap. of St. Mark's Hospital, London 1935. Lancet 2: 1117, 1922.
301. Lockhart-Mummery, J. P. Diseases of the Rectum and Colon. E. Wood. N. Y., 1923.
302. Lockhart-Mummery, J. P. Discussion on Colostomy. Proc. Roy. Soc. Med. 20: 1461, 1927.
303. Lockhart-Mummery, J. P. The Management of Colostomy Openings. Lancet 220: 825, 1931.
304. Lockhart-Mummery, J. P. Diseases of the Rectum and Colon. Bailliere, Tindal & Cox, London 2nd. Ed. 1934.
305. Lombardi, J. B. Vólulus de la S íliaca. Sigmoidectomía en un Tiempo. Arch. Soc. Cir. Hosp. 17: 49, 1948.
306. Lyons, A. S. Care of the Colostomy. J. Of. The Mount. Sinai Hosp. 18: 39, 1951.
307. Mac-Guire, P. Palliative Colostomy. Surg. Gynec. and Obst. 63: 66, 1936.
308. Mac-Lanahan, S. Aluminum Paste and Skin Protector in Enterostomy. J. A. M. A. 108: 385, 1937.
309. Mac-Lanahan, S. and Gilmore. Colostomies. South. Med. J. 48: 409, 1948.
310. Mc-Nealy, R. W. and Lichtenstein, M. E. Iliac Colostomy. Surg. Gynec. and Obst. 61: 709, 1935.
311. Mallory. Case Records of the Massachusetts General Hospital. New England J. Med. 215: 587, 1936.
312. Mantz, J. P. and Kasth, K. Urinary Cloaca Fashioned from a Short Distal Segment of a Loop Colostomy. West Virginia. Med. J. 49: 280, 1953.
313. Marino, A. W. M. y Caliendo, A. J. The Management of Colostomy. South. M. J. 47: 1173, 1954.
314. Marsh, R. L. Colostomy Care. California M. 82: 99, 1955.
315. Martin, E. G. A. new Technique for Permanent Colostomy. Am. Proct. Soc. 41: 265, 1940.
316. Martínez, I. L. Colostomía de Wangersteen. Arch. Soc. Cir. Chile 3: 158, 1951.
317. Martínez, I. L. Proctitis por Irradiaciones. Rev. Med. Chile 80: 429, 1952.
318. Martland, R. Case in which the Operation for Artificial Anus was Successfully Performed. Edinburgh Med. and Surg. J. 21: 271, 1825.
319. Martzloff, K. y Burget, G. E. The Closed Intestinal Loop; Aseptic End to End Intestinal Anastomosis and Method for making a Closed Loop Suitable for physiologic Studies. Arch. Surg. 23: 26, 1931.
320. Mathews, J. M. A Treatise on Diseases of the Rectum, Anus and Sigmoid Flexure. N. Y. O. Appleton y Co. 1892.
321. Matus, M. Megaocolon Ileo-Pélvico. Colectomía parcial por Vólulus. Bol. Soc. Cir. de Chile 6: 107, 1925.
322. Matus, H. M. Oclusión Intestinal Aguda y su Tratamiento. Arch. Soc. Ciruj. Hospital. 7: 239, 1937.
323. Maydl, K. Zur Technik der Kolotomie. Centralbl. Chir. 15: 433, 1888.
324. Maynard, A. de L. and Turell, R. Acute Left Colon Obstruction with Special Reference to Cecostomy versus Transversostomy. Surg. Gynec. and Obst. 100: 667, 1955.
325. Mayo, C. H. and Dixon, C. F. A New Type of Permanent Colostomy. Ann. of Surg. 87: 711, 1928.
326. Mayo, C. W. and Schlicke, C. P. That Hazardous Eminence, the Colostomy Spur. Am. J. Surg. 58: 29, 1942.

327. Mayo, C. W. and Smith, R. S. Low Anterior Segmental Resection with or without Colostomy. *Ann. of Surg.* 127: 1046, 1918.
328. Mayo, C. W. The Palliative Colostomy. *Surg. Gynec. and Obst.* 97: 368, 1953.
329. Mayo, C. W. Surgery of the Small and Large Intestine. Year Book Publisher, 1955.
330. Mayo, W. J. Diverticula of the Sigmoid. *Ann. Surg.* 92: 740, 1930.
331. Meckay, P. and Bowman, H. Training after Colostomy. *The Am. J. of Surg.* 80: 381, 1950.
332. Mersheimer, W. L. Management of the Colostomy. *Bull. N. Y. Med. Coll.* 17: 50, 1954.
333. Mervine, B. T. and Lemmon, G. An unusual Complication of a Colostomy. *Surgery* 36: 1158, 1954.
334. Meyer, K. A., Sheridan, A. and Kozoli, D. D. One Stage "Open" Resection of Lesions of the Left Colon without Complementary Colostomy. *Surg. Gynec. and Obst.* 81: 507, 1945.
335. Miguez, J. G. Ano Transverso de Wangersteen (Consideraciones a través de seis Observaciones). *Soc. Arg. de Ciruj.* 11: 335, 1950.
336. Mikkelsen, O. Behandlung og Behandlingsprognose red. c. Recti. *N. M.* 40: 2401, 1948.
337. Mikulicz, J. V. Chirurgische Erfahrung über das Darmcarcinom. *Arch. Klin. Chir.* 62: 28, 1903.
338. Mikulicz, J. V. Small Contributions to the Surgery of the Intestinal Tract. *Boston Med. and Surg. J.* 148: 608, 1903.
339. Miles, W. E. A Method of Performing Abdomino perineal Excision for Carcinoma of the Rectum and of the Terminal Portion of the Pelvic Colon. *Lancet* 2: 1812, 1908.
340. Miles, W. E. Discussion on Colostomy. *Proc. Roy. Soc. Med.* 20: 1451, 1927.
341. Miles, W. E. How Soon Should Colostomy be Performed in Case of Inoperable Cancer of Rectum. *Surg. Gynec. and Obst.* 52: 554, 1931.
342. Miles, W. E. The Problem of Surgical Treatment of Cancer of the Rectum. *Am. J. of Surg.* 46: 26, 1939.
343. Miles, W. E. Discussion on the Management of the Permanent Colostomy. *Proc. Roy. Soc. Med.* 38: 691, 1945.
344. Milligan, E. T. C. Discussion on Colostomy. *Proc. Roy. Soc. Med.* 20: 1462, 1927.
345. Milligan, E. T. C. Discussion on the Management of the Permanent Colostomy. *Proc. Roy. Soc. Med.* 38: 694, 1945.
346. Miloslavich, E. L. Colostomy Tumors. *Am. Surgeon.* 18: 358, 1952.
347. Milwidsky, H. y Mandl, F. Urinary Infection after Colostomy. *Surgery* 15: 971, 1944.
348. Moon, L. E. and Christensen, J. B. The Management of the Patient with Colostomy. *The J. of the Iowa State Med. Soc.* 1, 1946.
349. Muskhatin, W. D. Zur Operativen Behandlungsmethode bei Vólulvas des S Romanum. *Arch. f. Klin. Chir.* 168: 635, 1932.
350. Napp, O. E. Tratamiento Quirúrgico de la Colitis Ulcerativa. *Rev. Soc. Arg. Proct.* 5 y 6: 94, 1947.
351. Neal, J. W. Jr and Raleigh, N. C. Diverticulitis of the Colon and its Surgical Management. *Surgery* 30: 606, 1951.
352. Nilesen, A. Radikaloperation af. c. Recti. *U. f. L.* 110: 783, 1948.
353. Norbury, L. E. C. Discussion on Colostomy. *Proc. Roy. Soc. Med.* 20: 1460, 1927.
354. Norman, G. P. Anal Colostomy in Excision of the Rectum and Rectosigmoid. *Western J. Sur.* 61: 27, 1953.
355. Ocampo Segui, M. A. Colostomía Transversa de Esperne. *Arch. Cir. Prov. B. Aires.* 1: 756, 1946.
356. Ochsner, A. Status on Colostomy. *J. A. M. A.* 99: 1131, 1932.
357. Ochsner, A., Debaquey, M. and Rochschild, J. The "Dfunctionalizing" Colostomy (Devine). *J. A. M. A.* 113: 568, 1939.
358. Parker Hayden, E. Cecostomy. Care of the Colostomy. Lea Febiger, 1939.
359. Parsch, F. Technik of Construction. *Chirurg.* 20: 235, 1949.
360. Patey, D. H. Primary Epithelial Apposition in Colostomy. *Proc. of the Royal Soc. of Med.* 44: 423, 1951.
361. Patterson, H. A. The Management of the Complications of Diverticulitis of the Colon. *Surg. Clin. of N. A.* 35: 451, 1955.
362. Pauchet, V. et Le Gac, P. Fermeture d'un Anus Artificiel Gauche Consecutif A une Colectomie Gauche Segmentaire. *Le Practi-Chirurgicale Ill.* 19: 131, 1934. Paris.
363. Pauchet, V. La Practique Chirurgicale Ill.: Fermeture des Anus Contre Nature Avec Colostomie Sanglante 13: 205, 1929. Fermeture d'Anus Temporaires Deuxieme Temps de Colectomie Segmentaire 19: 151, 1934. Anus Iliaque 4: 173, 1938. Colectomie Segmentaire en Deux Temps. Fermeture d'un Anus Artificiel 5: 221, 1938. Fermeture d'un Anus Abdominal 9: 127, 1939. L'Anus Cecal 6: 73, 1939. La Sigmoidectomie avec Anus Definitif. Operation de Hartmann-Lockhart-Mummery 6: 111, 1939.
364. Pauchet, V., Martel de T. et Denet, J. C. Anus Iliaque en Canon de Fusil. *La Practique Chirurg.* Ill. 23: 147, 1939.
365. Paul, F. T. Colectomy for Rectal Cancer. *Brit. Med. J.* 1: 1136, 1895.
366. Paul, F. T. *Liverpool Med. Chir.* 15: 374, 1895.
367. Paz, E. R. Bolsa Evacuadora para Colostomías. *Rev. Soc. Arg. Proct.* 10: 133, 1952.
368. Pemberton, J. de J. and Black, B. M. Delayed Closure of Incisions made at Closure of Colonic Stomas. *Surg. Gynec. and. Obst.* 76: 385, 1943.
369. Pemberton, J. de J., Black, B. M. and Maino, C. R. Progress in the Management of Diverticulitis of Sigmoid Colon. *Surg. Gynec. and Obst.* 85: 523, 1947.
370. Pendergrass, R. C. and Cooper, F. W. Jr. Simple Method for Study of Colon in Presence of Colostomy. *Am. J. Roentgenol.* 52: 563, 1944.
371. Pérez, B., Caprile, A. y Candioli, A. N. Consideraciones sobre el ano de Wangersteen. *Rev. Soc. Arg. Proct.* 7: 42, 1949.
372. Pérez Fontana, V. y Nario, C. Oclusión Intestinal por Acodadura del Intestino Delgado sobre un Ano Ilegal Izquierdo. *Anales Fac. Med. Montevideo* 8: 62, 1924.
373. Phillips, A. and Rawson, A. L. Intussusception after Emergency Colostomy. *Brit. M. J.* 2: 297, 1946.
374. Pilcher, L. S. and Nadeau, O. E. Extra-peritoneal Closure of Colostomy Report of 15 cases. *Mil. Surgeon.* 97: 190, 1945.
375. Pillore, H. *Brit. and Foreign. Med. and Chir. Rev.* 18: 45, 1776.
376. Poer, D. H. Evaluation of Colostomy for Present Day Surgery. *Arch. Surg.* 61: 1058, 1950.
377. Pollosson, M. Nouvelle Méthode Opératoire pour la Cure Radicale du Cancer Lyon. *Med.* 46: 67, 1884.
378. Pontes, A. Intestinal Occlusion due to Prolapse Through Artificial Anus: Surgical Therapy of Case. *Brasil Med.* 57: 422, 1943.
379. Portela, C. F. Diverticulos del Colon Diverticulosis, López y Etchegoyen, B. Aires, 1948.
380. Pring, D. *London Jour. Med. and Physiol.* 1821.
381. Quenu, J. L'Anus Iliaque Temporaire. *Nouvelle Practique* Ill. 1949.
382. Rack, F. J. and Kenneth, W. C. Cecostomy and Colostomy in Acute Colon Obstructions. Experiences in Ninety-

- Nine Cases. The J. A. M. A. 151: 307, 1954.
383. *Rafal, H. S.* Modification in Technic of establishing Temporary Transverse Colostomy. Am. J. Surg. 77: 507, 1949.
384. *Rank B. K. and Smith, J.* An Improved Permanent Colostomy. Surg. Gynec. and Obst. 85: 75, 1947.
385. *Rankin, F. W.* Colostomy and Posterior Resection for Carcinoma of the Rectum. J. A. M. A. 89: 1961, 1927.
386. *Rankin, F. W.* Mortality Following Colostomy. Ann. Surg. 89: 62, 1929.
387. *Rankin, F. W. and Eubanks, G. F. Jr.* Complications Following Surgical Procedures on the Colon. Surg. Clin. of N. A. 9: 875, 1929.
388. *Rankin F. W.* Resection and Obstruction of the Colon (Obstruction Resectino). Surg. Gynec. and Obst. 50: 594, 1930.
389. *Rankin, F. W.* Two Stage Resection for Carcinoma of the Rectosigmoid and Rectum. Surg. Gynec. and Obst. 57: 676, 1931
390. *Rankin, F. W.* Status of Colostomy. J. A. M. A. 99: 1131, 1932.
391. *Rankin, F. W. and Graham, A. S.* Surgery of the Colon. Cyclopedia of Medicine Philadelphia. F. A. Davis Co. 1932.
392. *Rankin, F. W.* Concerning Colostomy. South Med. Journ. 29: 130, 1936.
393. *Rankin, F. W. and Graham, A. S.* Closure of Colostomy. Surgery, Gynec. and Obst. 64: 59, 1937.
394. *Rankin, F. W.* The Value of Cecostomy as a Complementary and Decompressive Operation. Ann. Surg. 110: 380, 1939.
395. *Rankin, F. W. and Graham, A. S.* Cancer of the Colon and Rectum, Thomas, 1947.
396. *Reccius, A. E.* Historia y Desarrollo de la Cirugía Abdominal en Chile, 1948.
397. *Reyes, H.* Obstrucción Intestinal Aguda por Fecaloma en Megacolon y Dolicocolon. Arch. Soc. Cir. Hosp. 11: 285, 1941.
398. *Rhodes, G. K.* Colostomy. A Special Technic. Surg. Clin. of N. A. 3: 857, 1923.
399. *Robin, P. A.* Method for Barium Enema Examination of Patient with Colostomy. Am. J. Roentgenol. 55: 782, 1946.
400. *Rodriguez, V. A.* Sobre Torsiones del Ciego. Arch. Soc. Cir. Hosp. 11: 429, 1944.
401. *Rodriguez, V. A.* Sigmoidectomía en un Tiempo por Vólvulo. Arch. Soc. Cir. Hospital. 16: 628, 1946.
402. *Root, V. C. and Rayle, A. A. Jr.* Device for Roentgen Examination of Colon Following Colostomy. Radiology. 54: 732, 1950.
403. *Rosselot, M. M.* Ano-Rectitis Linfogranulomatosa. Tratamiento Quirúrgico. Tesis (U. Chile), 1939.
404. *Rosser, C.* Comments on Colostomy. Texas State J. Med. 31 693, 1936.
405. *Sánchez, Zimny, J.* Ano Ceco-Ascendente de Derivación Total en el Tratamiento de la Colitis Ulcerosa Grave. Rev. Soc. Arg. Proct. 5 y 6: 153, 1947.
406. *Sanders, G. B. and Halperin, P. H.* Experience with de Pauchet Technique of Colostomy Closure. Surgery 20: 82, 1946.
407. *Sanders, G. B. and Haffner, H. and Lynn, R. B.* The Closure of Colostomies. Ann. of Surg. 127: 243, 1948.
408. *Schede, M.* Zur Operations des Martdarmkrebses. Deutsche Med. Wochenschr. 13: 1048, 1887.
409. *Schmieden, F.* Die Regelung d. Stuhlganges bei Künstlich. After. Chirurg. 1: 1137, 1929.
410. *Schmieden, F.* Die Operation d. Martdarmkrebses soll mit. d. Bauchschnitt beginnen. Zbl. Chir. 63: 928, 1936.
411. *Schmorell, H.* Technic of Construction of Artificial Anus, Proposal for Prevention of Intestinal Prolapse. Chirurg 20: 236, 1949.
412. *Schumann, G.* Intestinal Prolapse in Patients Therapy. Chirurg. 21: 423, 1950.
413. *Scabrook, D. B.* Relief of Colostomy Stricture. West. J. Surg. 60: 20, 1952.
414. *Secor, S. M.* New Hope for Colostomy Patients. Nurs. Outlook. 2: 642, 1954.
415. *Sedgwick, C. E.* Surgical Practice of the Lahey Clinic. W. B. Saunders, 1951.
416. *Segers, A. M.* Colostomía en Cáncer de Recto. El Día Méd. 19: 1668, 1947.
417. *Segovia, C. J.* Tratado de Operatoria General y Especial. Etid. Uteha, 1951.
418. *Shallow, F. A., Eger, S. A. and Towish, W. J.* An Improved Method for extraperitoneal Closure of Colostomy. Surgery 18: 466, 1945.
419. *Shedden, W. M.* The Management of Permanent Colostomy. New England J. Med. 206: 792, 1932.
420. *Shedden, W. M.* Carcinoma of the Rectum and Rectosigmoid. Am. J. Surg. 44: 482, 1939.
421. *Silver, H. I.* Some Complications of a Colostomy. Am. J. Surg. 49: 293, 1940.
422. *Sistrunk, W. E.* Practical Considerations with Regard to Permanent Colostomies. Surg. Gynec. and Obst. 28: 436, 1919.
423. *Singer, E. G.* Colostomy and After. -- Guy's Hospital Gaz. 51: 93, 1937.
424. *Slive, A.* Healing of the Abdominal Wall after Loop Colostomy. Surg. Gynec. and Obst. 78: 525, 1944.
425. *Slocum, M. A.* Useful Aids in the Management of Colostomies. Am. J. Surg. 55: 183, 1942.
426. *Smith, D.* A shorter Technic for the Coffey Operation in Cancer of the Rectum. Trans. Amer. Proct. Soc. 40, 1927.
427. *Smith, D.* Status on Colostomy. J. A. M. A. 99, 1129, 1932.
428. *Smith, D.* Method of Preventing Irritation of the Skin in Ileostomy and Colostomy. Tr. Am. Proct. Soc. 35: 104, 1934.
429. *Smith, T. E.* Controlling Colostomies. Texas State J. of Med. 37: 241, 1941.
430. *Sperling, L.* Role of Ileocecal Sphincter in Cases of Obstruction of Large Bowel. Proc. Soc. Exper. Biol. and Med. 32: 22, 1936.
431. *Spivack, J. L.* Técnica Quirúrgica de las Operaciones Abdominales, 1937.
432. *Stalker, J. M.* The Colostomy. Lancet. 59, 1945.
433. *Standard, J. E.* Perforation of Colon in the Newborn Infant. Am. J. of Surg. 83: 107, 1952.
434. *Stapelmohr, S. von.* A Patient's view on Colostomy. Soen Läk. Tidn. 50: 2264, 1953.
435. *State, D.* Surgical Treatment of Idiopathic Congenital Megacolon Surg. Gynec. and Obst. 95: 201, 1952.
436. *Steinberg, M. E.* Colostomy and Ileostomy: A New Method. Am. J. Surg. 463, 1941.
437. *Stern, W.* Wert der Kolostomie bei Inoperablem Rectum Karzinom. Wiener Med. Woch. 42: 783, 1953.
438. *Stewart, J. W.* Diverticulitis of the Sigmoid Colon with Perforation Surg. Clin. of N. A. 30: 1491, 1950.
439. *Stone, H. B.* Pre-Colostomy for Inoperable Carcinoma of the Rectum and Lower Sigmoid. Am. J. Surg. 20: 355, 1933.
440. *Surface, C. F.* Colostomy Control Button. J. A. M. A. 151: 559, 1953.
441. *Sutherland, A. M. and Orbach, C. E.* The Psychological Impact of Cancer and Cancer Sugery. I. Adaptation to the Dry Colostomy; Preliminary Report and Summary of Findings. Cancer Phil. 5: 857, 1952.
442. *Swain Mc.* Apparatus for Facilitating Colostomy Irrigation. J. A. M. A. 150: 1115, 1952.
443. *Swenson, O. and Bill, H.* Resection of Rectum and Rectosigmoid with Preservation of the Sphincter for Benign Spastic Lesions Producing Megacolon. An Experimental Study. Surgery. 24: 212, 1948.
444. *Swenson, O., Neuhouser, E. B. D. y Pickett, L. K.* New Concepts of the Etiology, Diagnosis and Treatment of Congenital Megacolon. Pediatrics 1: 201, 1949.

445. Swenson, O., Rheinlander, H. F. y Diamond, I. Hirschsprung's Disease; A New Concept of the Etiology. Operative Results in Thirty-four Patients. New England J. Med. 241: 551, 1949.
446. Swenson, O. A New Surgical Treatment for Hirschsprung's Disease. Surgery 28: 371, 1950.
447. Swenson, O., Segnitz, R. H. and Shedd, R. H. Hirschsprung's Disease New Surgical Treatment. Am. J. Surg. 81: 341, 1951.
448. Swenson, O., and Rheinlander, H. F. Indication for Colostomy in Patient with Hirschsprung's Disease. Surg. Gynec. and Obst. 95: 738, 1952.
449. Swenson, O. and Rheinlander, H. F. Indicaciones para la Colostomía en Pacientes con Enfermedad de Hirschsprung. El Día Méd. 24: 330, 1953.
450. Seicher, L., Kavltitz, L. M., und Shafsten, G. W. Complication of a Wet Colostomy after Pelvic Evisceration Corrected by Reparation of Urinary and Fecal Streams. Ann. of Surg. 137: 129, 1953.
451. Thorek, M. Técnica Quirúrgica Moderna. 1941.
452. Travieso, C. R. Colostomía Izquierda Permanente; Modificaciones Personales en la Técnica y Prótesis Anal Tipo Cuneo. Gac. Med. de Caracas. 53: 143, 1945.
453. Turrell, R. Care of Colostomy. Treatmen in Proctology. 1949.
454. Turnbull, R. B. and Michels, A. G. The Management of the Patient with the Permanent Colostomy. Cleveland Clin. Quart. 19: 12, 1952.
455. Turner, G. G. Modern Operative Surgery. Wm. Wood y Co, 2 nd Ed. 1935.
456. Turner, J. Complication of Colostomy and their Prevention. Roy. Melbourne Hosp. Clin. Rep. 7: 89, 1936.
457. Ulin, A. W. Management of the Patient with Colostomy. Mississipi Valley Medical J., and Radiol. Rev., 1948.
458. Urdía, C. R. Cirugía, 1947.
459. Valadares, Clavival do Prado. Asistencia Psicológica ao-Candidato a Colostomía Definitiva. Rev. Bras. de Gastroent. 156, 1949.
460. Vargas Molinare, R. y Caviedes, L. H. Contribución al Tema Cirugía del Colon. Tercer Congr. Chileno-Americano de Cirugía 1941.
461. Veal Ross, J. An Extraperitoneal Method of Repairing a Third Degree Prolapse of the Sigmoid Following a Colostomy Surg. Gynec. and Obst. 71: 672, 1940.
462. Velasco Sanfuentes, A. Grandes Problemas de Clínica Quirúrgica. 1945.
463. Vígoni, M. Is the Artificial Anus such a Disgrace? Bruxelles Med. 53: 1589, 1953.
464. Wakeley, C. P. G. Problems of Colostomy. Practitioner 150: 159, 1943.
465. Wangensteen, O. H. Surg. Gynec. and Obst. 62: 1020, 1936.
466. Wangensteen, O. H. Intestinal Obstruction. Charles Thomas Publ. Co. 1942.
467. Wangensteen, O. H. Complete Fecal Diversion Achieved by a Simple Loop Colostomy. Surg. Gynec. and Obst. 84: 409, 1947.
468. Warwick, W. T. Closure of Colostomy. Practitioner. 151: 156, 1943.
469. Webb, C. H. S. On Case of a Colostomy. Practitioner. 123: 180, 1929.
470. Weingarten, M. and Payson, B. Deodorization of Colostomies with Chlorophyll. Rev. Gastroent. 18: 602, 1951.
471. Weir, R. F. A New Use for the Useless Appendix in the Surgical Treatment of Obstinate Colitis. Med. Record 62: 201, 1902.
472. Werner, J. and Polonsky, A. The Reaction of the Human Colon to Naturally Occurring and Experimentally Induced Emotional States; Observations Through a Transverse Colostomy on a Patient with Ulcerative Colitis. Gastroenterology 15: 84, 1950.
473. Whipple, A. D. Advantages of Cecostomy Preliminary to Resection of Colon and Rectum. J. A. M. A. 87: 1962, 1931.
474. Wilensky, A. O. The Colostomy Syndrome. Rev. Gastroenterol. 15: 785, 1948.
475. Wiley, H. M. and Sugarbaker, E. D. An Evaluation of Abdominal Wound Closure; Steel Wire Layer Closure Compared with Catgut-Silk Closure; Early and Late Results. Surg. Gynec. and Obst. 85: 81, 1947.
476. Wiley, H. M. and Sugarbaker, E. D. Colostomy, Indications, Technic and Management. Surgery Gynec. and Obs. 91: 435, 1950.
477. Wilkie, D. P. D. Cancer of the Colon. Its Surgical Treatment. Lancet 1: 65, 1934.
478. Windham, S. W. and Ellis J. T. and Latiolais, S. G. Combined Colostomy and Miller-Abbott Tube in Preparation of the Left Colon Lesions for Surgery. The Southern Surgeons 13: 745, 1947.
479. Whitehouse, F. R. y Kernohan, J. W. Myenteric Plexus in Congenital Megacolon. Arch. Int. Med. 82: 75, 1948.
480. Woods, F. M. and Hanlon, C. R. Inflammatory Stricture of the Rectum. Tr. Am. S. A. 62: 598, 1944.
481. Wulff, H. B. Erfahrungen mit eines Ventilcolostomieverschluss. Der Chirurg, 21: 485, 1953.
482. Yeomans, F. C. Appendicostomy in Ulcerative Colitis. New York State M. J. 46: 2269, 1946.
483. Yodice, A., Del Valle, D. y Ciarlo, A. Ano Contranatura. La Sem. Méd. 39: 1428, 1932.
484. Yodice, A. y García Mata, A. Tratamiento de la Oclusión y Obstrucción Agudas del Colon Izquierdo. Rev. Soc. Arg. Proct. 9: 36, 1951.
485. Yodice, A. y García Mata, A. Nuestra Experiencia en Derivaciones Intestinales. Rev. Soc. Arg. Proct. 10: 129, 1952.
486. Yodice, A. Cirugía del Cáncer de Recto. Edit. Univ. B. Aires, 1952.
487. Zavaleta, D. E. Derivaciones Intestinales. Sus Indicaciones. Rev. Soc. Arg. Proct. 10: 49, 1952.
488. Zenteno, G. G. Extirpación Abdominoperineal del Recto por Cáncer del Recto. Técnica de Lahey Modificada y Colostomía Continente Definitiva de Ortiz y Zenteno. Cirugía y Cirujanos 20: 556, 1952.
489. Zheutlin, N., Lasser, E. C. and Rigler, L. G. Clinical Studies on Effect of Barium in the Peritoneal Cavity Following Rupture of the Colon. Surgery 32: 967, 1952.
490. Lancet 248: 595, 1945. The Colostomy (Leading Article).
491. The British Méd. J. 772, 1951. How to Train a Colostomy.
492. Hospital Progress 33: 58, 1952 Rehabilitation of Colostomy Patients.
493. Cancer Bull 4: 122, 1952. Colostomy.
494. J. A. M. A. 152: 239, 1953. Naid Colostomy Set.

SUMARIO



	Págs.
CAPITULO I.—Definición y Concepto	9
CAPITULO II.—Historia	12
CAPITULO III.—Clasificación	14
CAPITULO IV.—Indicaciones	17
A.—Generalidades	17
B.—Indicaciones según la afección	19
Imperforación anal	19
Obstrucciones agudas	20
Lesiones inflamatorias obstructivas cecales por apendicitis	21
Cáncer de colon y Recto	22
Poliposis	24
Diverticulitis	24
Estenosis por Linfogranuloma Venéreo	26
Perforaciones Colorrectales	27
Colitis Ulcerosa	27
Colitis Amebiana Perforada	28
Tuberculosis Productiva del Colon	28
Enfermedad de Crohn del Colon	28
Ganuloma Inflamatorio Inespecífico	29
Megacolon	29
Traumatismos de Colon y Recto	31
Rectitis Actinogénica	31
Fistulas	34
Sigmoiditis	35
Abscesos y Flegmones Pelvirrectales	36
Estenosis Postoperatoria	36
C.—Indicaciones según la Colostomía	36
Apendicostomías	37
Cecostomías	37

	Págs.
Ascendostomías	41
Transversostomías	42
de Devine	45
de Wangensteen	47
Descendosigmoidostomías	52
de Mikulicz y variedades	55
Colostomía Izquierda Temporal	59
Colostomía Izquierda Definitiva	61
Coloproctostomías	63
CAPITULO V.—Técnicas	66
A.—Ejecución: I Preoperatorio:	66
Régimen alimenticio	66
Evacuación y lavados	66
Antisepsia colónica	67
Intubación intestinal	68
B.—Operatorio	68
1.—Colon Ascendente:	68
Apendicostomía	68
Cecostomía de	69
Pillore	69
Desmarest	69
Leibovici y Gosset	70
Gibson	71
Witzel y Hendon	71
Bacon y Ross	72
Rankin y Graham	72
Audisio	71
Cecoascendostomías y ascendostomías	71
2.—Colon transverso: Transversostomía de	75
Maydl	75
Devine	76
Garat	77
Dennis y Fallis	78
Mayo y Dixon	80
Wangensteen	80
Esperne	83
3.—Colon Descendente y Sigmoides	84

	Págs.
Descendosigmoidostomías de	81
a) Bloch-Mikulicz	86
Mikulicz-Paul	86
Mikulicz-Rankin	87
Mikulicz-Lahey	88
Delore-Muschkatn	88
b) Colostomías izquierdas Temporales	89
de Maydl y Glenn	89
en Nudillo	89
de Pauchet, Martel y Denet	89
c) Colostomías izquierdas Definitivas	90
de Audry-Mixter	91
de Jeannel	93
de Kurtzahn	93
de Sistrunk	93
en Op. de Miles	91
en Op. de Jones	98
en Op. de Lahey	98
en Op. de Coffey y Smith	99
en Op. de Rankin Turner	99
en Op. de Lockhart Mummery	99
en Op. de Hartmann	99
en Op. de Mayo	100
en Op. de Brunschwig	101
d) Colostomía Potencial o precolostomía	102
4.—Coloperineostomías	102
Coloproctostomía de Babcock	102
Cecoproctostomía	103
Coloperineostomía de Kraske	103
Coloperineostomía de Küttner	101
Técnicas para Controlar una Colostomía	101
Clamps para el cierre Temporal	109
Sondas y Tubos para drenaje	110
III.—Postoperatorio:	111
Apósitos y Vendajes	111
Abertura de la Colostomía	113
Primeras evacuaciones	113
Retiro de los Medios de Fijación	113



	Págs.
Retiro de los puntos de la Laparotomía	111
Cuidados del Asa y Pared Abdominal	114
Desodorantes	116
Control de la Colostomía	116
Alimentación	117
Irrigaciones	118
Tapones para Colostomía	123
Protesis	124
Instrucciones al paciente en el momento del alta	128
 B.—Cierre	 129
I.—Preoperatorio: Alimentación	130
Evacuaciones y lavados	130
Antisepsia colónica	130
Preparación de la piel	130
Estudio Radiológico	131
Intubación Intestinal	131
Planes operatorios	132
II.—Operatorio	133
1.—Métodos generales: Principios que rigen el cierre	133
Métodos extra e intraperitoneales	133
Método de Pauchet	134
Método de Dixon y Benson	137
Anastomosis Término terminal	137
Método de Howser	139
Método de Matus	142
Drenajes	142
2.—Métodos Especiales: para Cecostomías	142
para Col. de Devine	143
para Col. de Wangenstein	145
para Col. de Fallis	147
para Col. de Maydl y Glenn	147
para Col. de Mikulicz	148
Enterotribos	150
III.—Postoperatorio: Régimen Alimenticio	151
Evacuaciones	152
Antisepsis	153

	Págs.
Intubación intestinal	153
Levantada	153
Control Radiológico	153
Alta	153
 CAPITULO VI.—Evolución	 154
Normal	154
a) Complicaciones de la Ejecución	154
Edema	156
Necrosis	156
Ulceración	158
Fístulas	159
Hemorragias	162
Perforaciones del asa por enema	162
Interferencias con el intestino delgado	163
Impactación fecal	164
Diarreas	165
Flebitis del meso del asa exteriorizada	166
Retracción	166
Contracción	169
Receso	172
Prolapso	173
Evisceración	175
Dermitis	177
Maceración	177
Eventración	180
Trombosis mesentérica superior	180
Prolapso Intestino Delgado	180
Trastornos psicológicos	181
Trastornos de la actividad	178
b) Complicaciones del cierre	178
Supuración	179
Fístula estercorácea	179
Estenosis de la sutura	179
Eventración	179
En la destrucción del espolón	183
 Bibliografía	 183

EDICIONES

EDITORIAL DEL PACIFICO S. A.

- Guerra del Pacífico, por *Gonzalo Bulnes*, Vols. I y II.
Crónica de un soldado de la Guerra del Pacífico, por *Hipólito Gutiérrez*.
Nº 1.—Papelucho, por *Marcela Paz*, (4ª Edición).
Nº 2.—Papelucho casi huérfano, por *Marcela Paz*, (2ª Edición).
Nº 3.—Papelucho historiador, por *Marcela Paz*.
Nº 4.—Caramelos de luz, por *Marcela Paz*.
Cartas de Pedro de Valdivia, Vol. I de *Clásicos de Chile*.
Humo de pipa, por *Jenaro Prieto*.
El socio, por *Jenaro Prieto*.
Verbum Christi, por *Francisco Donoso*.
La verdad tiene su hora, por *Eduardo Frei* (4ª Edición).
La política y el espíritu, por *Eduardo Frei*.
Sentido y forma de una política, por *Eduardo Frei*.
Entre la libertad y el miedo, por *Germán Arciniegas* (6ª Edición).
La Perricholi, por *Luis Alberto Sánchez*.
Haya de la Torre y el Apra, por *Luis Alberto Sánchez*.
Indonesia, por *Tibor Mende*.
Pakistán, por *Tibor Mende*.
Birmania, por *Tibor Mende*.
La rebelión del Asia, por *Tibor Mende*.
América Latina entra en escena, por *Tibor Mende* (en prensa).
Las 48 Américas, por *Raymond Cartier*.
El problema comunista, por *Jaime Castillo*.
Nuestros vecinos justicialistas, por *Alejandro Magnel*.
El Padre Hurtado, por *Alejandro Magnel*.
La fronda aristocrática, por *Alberto Edwards*.
De Lenin a Malenkov, por *Julián Gorkin*.
Corresponsal en Washington, por *Jean Davidson*.
Introducción al Cooperativismo, por *Humberto Muñoz*.

Universidad de Valparaíso
Chile



00030930

C
1