

RESTITUCIONES DEL TRÁNSITO INTESTINAL

VÍCTOR AHUMADA (1)
 MABEL CASTILLO (2)
 FLORENCIO MARÍN-MARTÍNEZ (2)
 DANIEL LEDEZMA (2)
 OWEN PROSPERT (2)

RESUMEN

La restitución de tránsito intestinal es una cirugía cotidiana en pacientes ostomizados que puede presentar complicaciones.

Objetivo: Presentar la experiencia de las restituciones de tránsito intestinal del Hospital Dr. Domingo Luciani, servicio de cirugía II.

Métodos: Los datos se recolectaron utilizando la base de datos del servicio de Cirugía II del Hospital Dr. Domingo Luciani en el período septiembre de 2008 - septiembre 2013. Los criterios de inclusión fueron pacientes a los que se les realizó restitución del tránsito intestinal. Los datos recolectados incluyeron: edad, sexo, comorbilidades, indicación de ostomía, tipo, duración de ostomía, dehiscencia de anastomosis.

Resultados: Fueron sometidos a restituciones del tránsito intestinal un total de 40 pacientes, 7 (17.5%) sexo femenino y 33 (82.5%) sexo masculino, edad media fue 33,5 años (18-72), 8 (20%) padecían algún tipo de comorbilidad, 26 (65%) por causas traumáticas, la media de duración con la ostomía fue 17,3 meses (3-108). 7 (17.5%) pacientes presentaron dehiscencia de anastomosis, de los cuales 5 (71.42%) se resolvieron con tratamiento médico y 2 (28.5%) ameritaron reintervención.

Conclusión: Los traumatismos son la primera causa de ostomías, los pacientes permanecen con estas un mayor tiempo de lo establecido. Las restituciones de tránsito intestinal se realizan en mayor porcentaje en pacientes masculinos y con un porcentaje bajo de complicaciones.

Palabras clave

Ostomías, cierre ostomía, colostomía, ileostomía

INTESTINAL TRANSIT RESTITUTIONS

ABSTRACT

The restitution of intestinal transit is a daily surgery in ostomized patients that can present complications.

Objective: To present the experience of intestinal transit restitutions at Hospital Domingo Luciani, Surgery 2 Service.

Methods: Data were collected using the database of Surgery 2 Service of Hospital Domingo Luciani in the period September 2008 - September 2013. The inclusion criteria were patients who underwent restoration of intestinal transit. The data collected included: age, gender, comorbidities, ostomy indication, type, duration of ostomy, and anastomotic dehiscence.

Results: Were studied a total of 40 patients, 7 (17.5%) female and 33 (82.5%) sex male, mean age was 33.5 years (18-72), 8 (20%) suffered from some type of comorbidity, 26 (65%) from traumatic causes, the average time with the ostomy was 17.3 months (3-108). Seven (17.5%) patients had dehiscence of anastomosis, of which 5 (71.42%) were resolved with medical treatment and 2 (28.5%) by reoperation.

Conclusion: Injuries are the leading cause of ostomy, patients remain a longer time with these provisions. Intestinal transit restitutions held in highest percentage in male patients and with a low rate of complications.

Key words

Ostomy, ostomy closure, colostomy, ileostomy

1 Adjunto del Servicio de Cirugía 2. Hospital Domingo Luciani IVSS, Caracas

2 Residentes del postgrado de Cirugía General. Servicio de Cirugía 2. Hospital Domingo Luciani IVSS, Caracas

La tendencia a evitar una ostomía, tanto en cirugía electiva como en cirugía de emergencia se debe en parte a las complicaciones derivadas de la misma e igualmente a la baja tasa de cierre de los estomas temporales¹. La restitución del tránsito intestinal se considera un procedimiento quirúrgico simple, sin embargo es una intervención relacionada con elevada morbilidad^{1,2}.

El cierre de una ostomía incluye un grupo heterogéneo de pacientes y técnicas quirúrgicas empleadas que pueden influenciar en los resultados obtenidos a posteriori. Es importante distinguir entre la reconstrucción del tránsito intestinal que amerita una laparotomía amplia con adherenciolisis variable, como ocurre posterior a un procedimiento de Hartman, y el cierre simple de una ostomía en asa que puede realizarse por contrabertura a través de una incisión de menor tamaño³.

El objetivo de este trabajo presentar la experiencia de las restituciones de tránsito intestinal del Hospital Dr. Domingo Luciani, servicio de Cirugía 2, analizando las indicaciones que la motivaron, el tiempo transcurrido hasta el cierre de la ostomía y la morbilidad asociada.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo. Se recolectaron los datos de todos los pacientes intervenidos de forma consecutiva con intención de efectuar la restitución del tránsito intestinal desde septiembre de 2008 hasta septiembre 2013. Se utilizó la base de datos del servicio de Cirugía 2 del Hospital Dr. Domingo Luciani.

Se incluyeron los casos de colostomías e ileostomías en asa y terminal. Las variables consignadas fueron edad, sexo, comorbilidades, indicación de ostomía, intervalo entre la confección de la ostomía y el cierre, tiempo de hospitalización, y dehiscencia de anastomosis.

La preparación mecánica preoperatoria se realizó de forma anterógrada con polietilenglicol (Colyte®), y retrógrada con dos enemas evacuadores. Se utilizó como antibioticoterapia profiláctica una dosis de 500 mg VEV de metronidazol intraoperatorio. Las anastomosis se realizaron de forma manual y con máquina, en todos los casos se resecaron ambos cabos y se realizó la misma, bien sea por laparotomía o por la misma incisión de la ostomía según fuera el caso de ostomía terminal o en asa respectivamente.

La dehiscencia de anastomosis se diagnosticó evidenciando la salida de material fecal por la herida operatoria o drenaje intraabdominal, aquellos pacientes con gasto canalizado menor de 500 cc a través del drenaje, y con tiempo de aparición posterior al 5to día del postoperatorio se le consideró tratamiento médico, mientras que en los casos con aparición antes del 5to día del postoperatorio, gasto mayor de 500 cc por herida operatoria y/o drenaje intraabdominal se consideró la resolución quirúrgica.

RESULTADOS

En el período señalado se intervinieron 40 pacientes (11 ileostomías y 29 colostomías). 7 (17,5%) femeninas y 33 (82,5%) masculinos. La edad media fue 33,5 años, especificado en la tabla 1. 8 (20%) padecían algún tipo de comorbilidad.

TABLA 1 Sexo y edad de pacientes sometidos a restitución del tránsito intestinal

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
15-25 años	10	2	12
26-36 años	12	4	16
37-47 años	4	0	4
48-58 años	3	0	3
59-69 años	4	0	4
70-80 años	0	1	1
Total	33	7	40

El intervalo promedio entre la confección de la ostomía y el cierre fue de 17,3 meses (3-108). Se intervinieron 22 (55%) pacientes con ostomías terminales y 18 (45%) pacientes con ostomías en asa.

TABLA 2 Tipo de ostomía e intervalo entre la confección y el cierre de la ostomía

Tiempo con ostomía	Tipo de ostomía		Total
	Terminal	Asa	
3-9 meses	6	6	12
10-16 meses	12	6	18
17-23 meses	0	1	1
24-30 meses	2	2	4
31-37 meses	1	1	2
38-44 meses	0	0	0
45-51 meses	1	0	1
52-58 meses	0	0	0
59-65 meses	0	0	0
66-72 meses	0	1	1
Más de 72 meses	0	1	1
Total	22	18	40

Las indicaciones que motivaron la realización de ileostomía/colostomía se describen en la Tabla 3. El total de pacientes ostomizados 100% (n: 40), de los cuales el 65% (n: 26) de las ostomías fueron por causa traumáticas, el 19% (n: 5) fueron colostomías terminal, 54% (n: 14) colostomías en asa, 27% (7) ileostomías terminal y 0% ileostomías en asa. El 35% (n: 14) de las ostomías fueron por causas no traumáticas, de las cuales el

58% (n: 8) fueron colostomías terminal, 14% (n: 2) colostomías en asa, 14% (n: 2) ileostomías terminal y 14% (n: 2) ileostomías en asa. Se realizaron 82,5% (33) anastomosis termino-terminal, 15% (6) anastomosis termino-lateral, y 5% (2) anastomosis latero-lateral, todas intraperitoneal.

TABLA 3 Indicaciones de colostomía e ileostomía

Indicación de ostomía	Colostomía		Ileostomía		Total
	Terminal	Asa	Terminal	Asa	
Trauma	5	14	7	0	26
No trauma	8	2	2	2	14
Total	13	16	9	2	40

Se registró un 17% (n:7) de dehiscencia de anastomosis, de los cuales el 15% (n: 1) fue posterior al cierre de una ileostomía en asa, la cual se trató de forma médica; el 42% (n: 3) fue luego de la restitución de una ileostomía terminal, las cuales se trataron en un 67% (n: 2) de forma médica y un 3% (n: 1) de forma quirúrgica, el 15% (n: 1) fue posterior al cierre de una colostomía en asa, resuelta con tratamiento quirúrgico, y el 28% (n: 2) fue posterior a la restitución de una colostomía terminal, resuelta de forma médica. Tabla 4.

De los 7 pacientes que presentaron dehiscencia de anastomosis, 5 (71%) fueron masculinos en un rango menor a los 60 años, y 2 (29%) pacientes femeninas. Tabla 5.

TABLA 4 Morbilidad asociada a restitución del tránsito intestinal

Tipo de ostomía	Dehiscencia de anastomosis	Manejo.		Total
		Médico	Quirúrgico	
Ileostomía en asa	1	1	0	1
Ileostomía terminal	3	2	1	3
Colostomía en asa	1	0	1	1
Colostomía terminal	2	2	0	2
Total	7	5	2	7

TABLA 5 Distribución por sexo y edad de pacientes con dehiscencia de anastomosis

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
28-38 años	2	1	3
39-49 años	2	0	2
50-60 años	1	0	1
61-71 años	0	0	0
72-82 años	0	1	1
Total	5	2	7

En cuanto al tiempo de hospitalización, un 52,5% de los pacientes permanecieron de 0-10 días en el servicio, un 22,5% de 11- 20 días, un 20 % de 21-30 días y un 5 % más de 30 días.

DISCUSIÓN

En la serie estudiada el promedio etario de pacientes sometidos a restitución de tránsito intestinal (33,5 años), es francamente menor que en series publicadas, lo que se atribuye al impacto de los traumatismos como indicación de realizar la ostomía (65%), y explica además el predominio del sexo masculino^{4,5,6}.

El cierre de una ostomía en asa puede realizarse mediante la sutura simple de la pared anterior, evitando la anastomosis terminal. En nuestro estudio al 100% de las ostomías en asa se realizó anastomosis termino-terminal. Si bien todos los cierres pueden presentar complicaciones, al realizar este procedimiento se logra reseca todo el tejido periestomal fibroso e inflamado y se ha descrito un menor porcentaje de estenosis³.

La morbilidad posterior a restitución de tránsito intestinal descrita en diferentes series es del 25% aproximadamente, en la serie analizada, se encontró una morbilidad del 17,5%, sin embargo, cabe destacar que solamente se registró la dehiscencia anastomótica como complicación inherente a la cirugía, y la reintervención se presentó en 0,8% de los casos, lo cual se presenta de forma similar en series comparadas⁷⁸.

Los datos obtenidos sugieren que el cierre de una ostomía no es un procedimiento de baja morbilidad y debe ser considerado como un factor importante a favor de la reparación primaria. Junto con el impacto financiero significativo tanto de la formación de una ostomía y la posterior restitución del tránsito intestinal, existe amplia justificación para un mayor esfuerzo en evitar la formación de una ostomía siempre que sea posible⁷⁹.

En general, la mortalidad asociada con el cierre ostomías es baja, independientemente del momento en el que se realice el cierre. La mortalidad más alta se encontró en un estudio prospectivo donde la mortalidad global asociada con el cierre de ileostomía fue del 5%. Informaron dos muertes, una debida a la dehiscencia, con la consiguiente peritonitis y el otro por insuficiencia respiratoria debido a metástasis pulmonares. En esta revisión la mortalidad fue del 0%¹⁰.

Algunos estudios sobre cierre de ostomías han demostrado factores de riesgo de complicaciones postoperatorias, especialmente dehiscencias. Estos incluyen, entre otros, el tabaquismo, el sexo masculino, y la edad mayor de 68 años. Se pudo evidenciar que en el grupo estudiado, el 71% de los pacientes con dehiscencia fueron de sexo masculino y 42,8 % presentaban tabaquismo. El estado nutricional y la presencia de anemia también son factores que pueden influir en el desarrollo de complicaciones, sin embargo no fueron variables estudiadas^{11,12,13}.

El intervalo de tiempo entre la confección de la ostomía y la restitución del tránsito intestinal, es variable, se requiere la consideración cuidadosa de muchos factores, criterio quirúrgico apropiado, y la flexibilidad en la planificación, la oportunidad y la técnica.

Por lo general, el cierre se ha realizado cuando el paciente se ha recuperado de su cirugía original. En ciertos casos, la demora permite mejorar el estado nutricional, la resolución de peritonitis, sepsis, y la cicatrización de las anastomosis o lesiones distales a la ostomía⁵.

Se han descrito casos de cierre de ileostomías de forma precoz (menos de dos semanas después de la construcción), los cuales no se relacionan con aumento de morbilidad o mortalidad, permitiendo realizar en una misma hospitalización ambos procedimientos, y obteniendo beneficios económicos, y psicológicos para el paciente e inclusive a la institución. En casos de colostomías posteriores a trauma, los intervalos se pueden extender desde 4 semanas a 6 meses dependiendo de las lesiones asociadas y otros factores inherentes al paciente. En el grupo estudiado, no se constató ningún caso de cierre de ostomía precoz¹⁴.

Los traumatismos son la primera causa de ostomías, los pacientes permanecen con éstas un mayor tiempo de lo establecido, y el cierre precoz en casos indicados puede beneficiar al paciente. La técnica para realizar la cirugía puede ser desde una simple sutura de la cara anterior de la ostomía en asa, hasta un procedimiento más complejo que implique laparotomía.

Las restituciones de tránsito intestinal se realizan en mayor porcentaje en pacientes masculinos y con un porcentaje considerable de dehiscencia de anastomosis. Existen factores que pueden relacionarse con este tipo de complicación como es la edad, sexo, presencia de comorbilidades, hábitos psicobiológicos, estado nutricional, presencia de anemia. El tratamiento médico posterior a presentarse la dehiscencia de anastomosis resultó de forma satisfactoria, al igual que el tratamiento quirúrgico, en el cual se realizó una nueva ostomía.

REFERENCIAS

1. Mealy K, O'Broin E, Donohue J, Tanner A, Keane FB. Reversible colostomy--what is the outcome? *Dis Colon Rectum* 1996; 39(11):1227-1231.
2. Keller DS, Khorgami Z, Swendseid B, Khan S, Delaney CP. Identifying causes for high readmission rates after stoma reversal. *Surg Endosc* 2014; 28(4):1263-1268.
3. Doberneck RC. Revision and closure of the colostomy. *Surg Clin North Am* 1991; 71(1): 193-201.
4. Velmahos G, Degiannise E, Wells M, et al. Early closure of colostomies in trauma patients: a prospective randomized trial. *Surgery* 1995; 118: 815-820.
5. Renz B, Feliciano D, Sherman R. Same admission colostomy closure (SACC). A new approach to rectal wounds: a prospective study. *Ann Surg* 1993; 218:279-293.
6. Godat L, Kobayashi L, Chang DC, Coimbra R. Do trauma stomas ever get reversed? *J Am Coll Surg*. 2014; 219(1):70-77.
7. Pachter HL, Hoballah JJ, Corcoran TA, Hofstetter SR. The morbidity and financial impact of colostomy closure in trauma patients. *J Trauma* 1990; 30(12): 1510-1513.
8. Bannura G, Valencia C, Contreras J, Melo C. Cierre de ostomías: análisis comparativo de 220 casos. *Rev Chil Cirg* 2001; 53: 75-82.
9. Abegg RM, Brokelman W, van Bebber IP, Bosscha K, Prins HA, Lips DJ. Results of construction of protective loop ileostomies and reversal surgery for colorectal surgery. *Eur Surg Res* 2014; 52(1-2):63-72.
10. Nagell CFO, Pedersen CR, Gytrrup HJ. Komplikationer ved stomitilbagelægning. *Ugeskr Læger* 2005; 167:1742-1745.
11. Perez RO, Gama AH, Seid VE et al. Loop ileostomy morbidity: timing of closure matters. *Dis Colon Rectum* 2006; 49:1539-1545.
12. Jestin P, Pählman L, Gunnarsson U. Risk factors for anastomotic leakage after rectal cancer surgery: a case control study. *Colorectal Dis* 2007; 10:715-721.
13. Caricato M, Ausania F, Ripetti V et al. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. *Colorectal Dis* 2006; 9:559-561.
14. Hindenburg T, Rosenberg J. Closing a temporary ileostomy within two weeks. *Dan Med Bull* 2010; 57(6): A4157.