

LA COLONOSCOPIA: ¿ES UN ESTUDIO PRE-OPERATORIO INDISPENSABLE PARA LA RESTITUCIÓN DEL TRÁNSITO INTESTINAL EN PACIEN- TES JÓVENES, PORTADORES DE COLOSTOMÍA POR TRAU- MATISMO ABDOMINAL PENETRANTE?

DUARTE-LIENDO DANIEL**
GIL-MASROUA BERNARDETTE**
GUTIÉRREZ-ARGÜELLO GRICETTE**
ROJAS-VARGAS MERYS**
ESCALONA-ALARCÓN, ROGER*

RESUMEN

Objetivo: Determinar el impacto de la colonoscopia como procedimiento preoperatorio requisito para la restitución del tránsito intestinal en una población portadora de colostomía por un traumatismo abdominal penetrante,

Pacientes y método: Estudio descriptivo, retrospectivo observacional, donde se evalúan informes de endoscopias digestivas inferiores realizadas por el servicio de Gastroenterología del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" de Caracas, como requisito preoperatorio para la restitución del tránsito intestinal en pacientes portadores de colostomía por traumatismo abdominal penetrante, en el período comprendido entre enero 2004 y diciembre 2008.

Resultados: De una población total de 46 pacientes, se les realizó una colonoscopia a 34 (73,91%). Los 12 restantes (26,08%), no cumplían con los criterios de inclusión. De los 34 pacientes incluidos para evaluación, 22 (64,70%), presentaron colitis y rectitis por privación, 7 (20,59%) con estudio normal y 4 (11,76%) presentaron alguna alteración en la endoscopia digestiva inferior.

Conclusión: En este estudio no hay evidencia que sugiera que la realización de una colonoscopia preoperatoria en la cirugía electiva de restitución de tránsito intestinal, evite la aparición de complicaciones, ni permita el diagnóstico de patologías de relevancia en la población estudiada, no teniendo ésta la importancia que se le ha otorgado hasta la actualidad.

Palabras clave

Colonoscopia, colostomía, colon por enema, traumatismo abdominal penetrante

* Jefe del Servicio de Cirugía I, Cirujano General. Director del Postgrado de Cirugía General del Hospital "Dr. José Gregorio Hernández" y Profesor Agregado de la Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. M.S.V.C. Caracas - Venezuela

** Residente de II Año de Post-Grado de Cirugía General, Hospital "Dr. José Gregorio Hernández" Caracas - Venezuela.

COLONOSCOPY: IS A NECESSARY PRE-OPERATORY STUDY FOR INTESTINAL TRANSIT RESTITUTION IN YOUNG PATIENTS CARRYING A COLOSTOMY BY PENETRATING ABDOMINAL TRAUMA?

ABSTRACT

Objective: To determine the impact of the colonoscopy as pre-operating procedure as a requirement in the population carrying of colostomy by abdominal penetrating trauma for the restitution of the intestinal transit.

Patients and method: Descriptive, retrospective and observational study, where the inferior digestive endoscopy made by the service of Gastroenterology in Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Caracas, was valued as pre-operating requirement in carrying patients of colostomy by abdominal penetrating trauma for the restitution of the intestinal transit, in the period between January 2004 to December 2008.

Results: In a population of 46 patients, only 34 (73.91%) were included to do the colonoscopy, the others 12 (26.08%) didn't fulfill the inclusion criteria. Of the 34 patients included, 22 (64.70%) were displayed colitis and rectitis by deprivation, 7 (20.59%) were normal study and 4 (11.76%) presented others alteration in the inferior digestive endoscopy.

Conclusion: In this study there is not evidence to suggest that the realization of preoperative colonoscopy for surgery in the restitution of intestinal transit, avoid complications or permit diagnosis of diseases in the study population, doing less important the evidence exposed until present.

Key words

Colonoscopy, colostomy, barium enema of colon, penetrating abdominal trauma.

Desde la realización de las primeras colostomías en los siglos XVIII y XIX por cirujanos franceses ⁽¹⁾, la morbi-mortalidad por heridas de colon ha disminuido en el mundo desde 100% durante la Guerra Civil Norteamericana, hasta 5% en nuestros días ⁽²⁾. La colostomía, ha jugado un papel primordial en el tratamiento de estas heridas, aunado a los avances en las técnicas operatorias y el uso de antibióticos. En Latinoamérica, casi el 30% de pacientes con traumatismo abdominal tienen compromiso del colon ⁽³⁾. Estas lesiones colónicas -y rectales- producidas por trauma penetrante por arma de fuego o arma blanca, trauma cerrado (aunque infrecuente) o cuerpos extraños ^(2, 3, 4), son consideradas de alta letalidad y representan un reto para el cirujano. Sin embargo, la confección de una colostomía, a pesar de los indiscutibles beneficios en términos de disminución de la mortalidad, representa una disrupción de la anatomía del individuo, de su fisiología gastrointestinal, su aspecto físico y su socialización, que deteriora su calidad de vida. Actualmente, los traumatismos abdominales se consideran un problema de salud pública debido al aumento de su incidencia como consecuencia de la elevación de los índices de violencia en Venezuela y Latinoamérica en los últimos 10 años.

Para proceder a realizar la restitución de tránsito intestinal, y restablecer la calidad de vida del individuo, se considera como un requisito preoperatorio la realización de procedimientos como la rectosigmoidoscopia, la colonoscopia o el enema baritado, con la intención de verificar la permeabilidad del colon distal⁽⁵⁾.

Basado en las estadísticas, que indican que la población con mayor incidencia de traumatismo abdominal penetrante es la comprendida entre los 18 y 40 años de edad, y como consecuencia, podrían ameritar la confección de una colostomía; siendo éste el grupo etario con las más bajas tasas de comorbilidades y patologías colónicas asociadas, se plantea, que la evaluación del colon como requisito preoperatorio en pacientes con colostomía por lesión colónica o rectal por trauma, quienes serán sometidos a intervención quirúrgica para restitución de tránsito intestinal, no estaría justificado desde el punto de vista del costo-beneficio, además, la exposición a los riesgos de procedimientos invasivos, tales como la colonoscopia, permitiendo así, acortar el período preoperatorio.

PACIENTES Y MÉTODO

Se revisaron las historias médicas y los informes de las colonoscopias preoperatorias desde enero de 2004 hasta diciembre de 2008, realizadas en el servicio de Gastroenterología del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" Los Magallanes de Catia-Caracas, en pacientes, con edades comprendidas entre 18 y 40 años, portadores de colostomías, que

nes se encontraban planificados para restitución de tránsito intestinal, y determinar la necesidad de la realización de la colonoscopia como requisito para dicha intervención quirúrgica.

Nivel de investigación: investigación descriptiva.

Diseño de investigación: estudio retrospectivo, observacional. Población y muestra: el universo está constituido por todos los pacientes colostomizados que acudieron al servicio de Gastroenterología del Hospital General de Oeste para la realización de colonoscopia en el período de tiempo antes indicado.

Criterios de inclusión:

- Todos los pacientes portadores de colostomías por traumatismo abdominal penetrante.
- Edades comprendida entre 18 y 40 años.
- Sin antecedentes personales ni familiares de patologías de colon y/o recto.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que presenten colostomías por patologías diferentes a traumatismo abdominal penetrante.
- Menores de 18 años y mayores de 40 años.
- Patología colo-rectal asociada.
- Antecedentes personales y/o familiares de patología de colon y recto.

La población está integrada por un total de 46 pacientes que acudieron al Servicio de Gastroenterología desde enero del 2004 hasta diciembre del 2008, para la realización de una colonoscopia, como requisito para ser sometidos a restitución del tránsito intestinal.

La muestra estuvo constituida por un total de 34 pacientes del universo que cumplen con los criterios de inclusión.

Tipo de Muestreo: probabilístico estratificado: con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, para tratar de hacer lo más homogéneo posible la muestra.

Técnica de recolección de datos: se realizó mediante el análisis documental de las colonoscopias realizadas en el servicio de Gastroenterología del Hospital General del Oeste, desde enero 2004 hasta diciembre 2008.

El análisis de los datos se realizó mediante el software Microsoft Excel 2007.

Las variables consideradas para el análisis fueron: edad, dividida en los siguientes grupos etarios: 18-22; 23-27; 28-31, 32-35; 36-40 años.

Sexo: masculino y femenino.

Hallazgos endoscópicos en la colonoscopia, clasificados en:
normal: colitis y rectitis por deprivación; patológica.

En el procesamiento y análisis de los datos se agruparon en colonoscopias normales, aquellas sin hallazgos patológicos o las que incluyan cambios considerados como fisiológicos, por desfuncionalización del colon.

Se definió como colostomía a todo abocamiento quirúrgico del intestino grueso, que derive el contenido del colon en forma total o parcial al exterior de la pared abdominal. El segmento del colon abocado al exterior es el que determina el nombre de la colostomía ^(6, 7, 8, 9).

La restitución del tránsito se definió como el restablecimiento quirúrgico de la continuidad de tracto digestivo ⁽¹⁰⁾.

Se consideró colitis y rectitis por deprivación a la entidad iatrogénica dada por la desfuncionalización del colon, caracterizados por hallazgos endoscópicos e histológicos que pueden incluir, eritema, friabilidad, exudado, infiltrados en la lámina propia, úlceras, abscesos en las criptas e hiperplasia folicular ⁽¹¹⁻¹⁴⁾, observados en la colonoscopia, descritos en segmentos de colon y recto desfuncionalizados, los cuales suelen ser asintomáticos, pero en ocasiones pueden estar asociados a descarga de moco o sangre a través del recto o tenesmo; y todas estas condiciones revierten posterior al restablecimiento de la continuidad del tránsito intestinal ⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS

De una población total de 46 pacientes, 34 (73,91%) cumplieron los criterios de inclusión. Los 12 restantes (26,08%), que fueron excluidos 3 (25%) eran mayores de 40 años, 6 (50 %) por patología neoplásica, 2(16,67%) por enfermedad diverticular con perforación y 1(8,33%) por perforación intestinal por enfermedad infecciosa (Tablas 1 y 2).

Tabla 1

Pacientes con colostomías a quienes se les realizó colonoscopia como estudio preoperatorio para realizar la restitución del tránsito intestinal

	n	%
Incluidos	34	73,92
Excluidos	12	26,08
Total	46	100

TABLA 2

Pacientes con colostomías a quienes se les realizó colonoscopia como estudio preoperatorio para realizar la restitución del tránsito intestinal que no cumplieron con los criterios de inclusión

Criterio	n	%	
Edad	Mayor a 40 años	3	25
	Tumor de colon	6	5000
Patología de colon asociada	Perforación por enfermedad diverticular	2	16,67
	Perforación por patología infecciosa	1	8,33
Total		12	100

De los 34 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, 31(91,18%) pertenecían al sexo masculino y 3 (8,82%) al femenino, de los cuales, 12 (35,29%) se encontraba en el grupo etario comprendido entre los 18 a 22 años, 9 (26,47%) con edades entre 23 a 27 años, 7 (20,59%) entre 28 a 31 años de edad y 6 (17,65%) de 32 a 35 años (Tabla 3 y Gráfico 1).

Tabla 3

Distribución por género de la muestra de pacientes que van a ser intervenidos para restitución del tránsito intestinal en el Hospital General del Oeste, período 2004 – 2008

Género	n	%
Masculino	31	91,18
Femenino	3	8,82

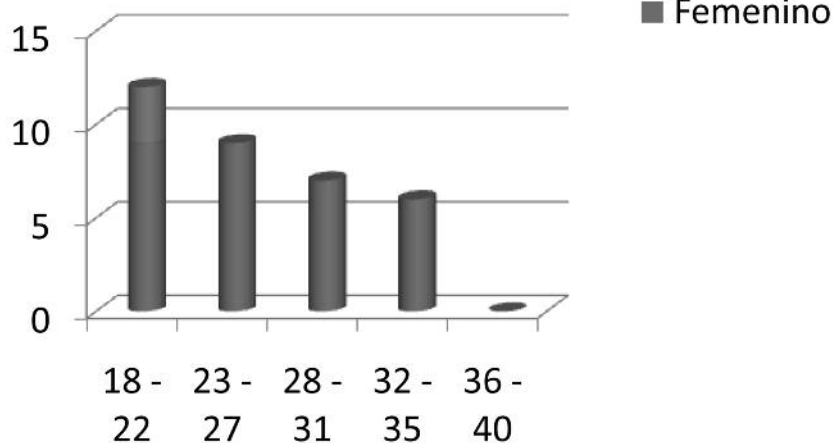
Dentro de los hallazgos endoscópicos, 22 pacientes (64,70%), presentaron colitis y rectitis por deprivación, 7 (20,59%) con estudio de colonoscopia normal y 4 (11,76%) presentaron alteraciones en la endoscopia digestiva inferior, debido a trayecto fistuloso en cara anterior de recto, enfermedad diverticular, granuloma a cuerpo extraño en muñón de cabo distal de recto y pólipos en unión ano rectal (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Maydl en 1.884 describió la técnica de la colostomía en asa sobre un vástago. En 1.908, E. Miles describe la colostomía sigmoidea terminal con resección abdomino-perineal y Hartmann en 1.923 popularizó el procedimiento quirúrgico de resección de colon sigmoides con colostomía terminal y cierre del muñón

Gráfico 1

Distribución por grupo etario y género de pacientes que van a ser intervenidos para restitución del tránsito intestinal en el Hospital General del Oeste, período 2004-2008

**Tabla 4**

Resultados de la colonoscopia en pacientes que se les va a realizar restitución del tránsito intestinal en el Hospital General del Oeste en el período de 2004 -2008

Descripción	n	%
Colitis por privación	23	67,65
Colonoscopia normal	7	20,59
Colonoscopia patológica	4	11,76
Total	34	100

rectal, para obstrucción del colon sigmoideas, o recto superior, procedimientos quirúrgicos que aun se realizan en la actualidad⁽¹⁶⁾. En la primera mitad del siglo XX, la mortalidad de la cirugía de colon y recto excedía el 20%, en la mayoría de los casos atribuida a la sepsis. Esta última disminuyó significativamente por los últimos enfoques adoptados, tanto en las técnicas quirúrgicas modernas como en los cuidados perioperatorios⁽¹⁷⁾.

Sin embargo, las complicaciones infecciosas siguen siendo la causa principal de la morbilidad, lo que conlleva al incremento de los costos, estancia hospitalaria prolongada e incluso la muerte de algunos pacientes^(18, 19).

La colonoscopia ha sido, a lo largo de los años, considerado el estudio diagnóstico de elección como requisito preoperatorio al momento de decidir la restitución del tránsito intestinal; el argumento descansa en el hecho que permite constatar la indemnidad del colon, el estudio del órgano en su totalidad

y la realización de procedimientos asociados con propósitos diagnósticos y terapéuticos.^(16- 24)

Alfaro y colaboradores, demuestran que el número de colostomías es mayor en el sexo masculino en 70%; según el grupo etario el mayor número de enterostomías corresponde al grupo de 61 a 70 años en un 28%⁽¹⁸⁾; al igual que el presente estudio, se evidencia que el sexo predominante fue el masculino en 91,18% ;al incluir solo pacientes con trauma abdominal penetrante, en lo concerniente al grupo etario a diferencia del estudio al cual se hace referencia, el más representativo fue el grupo de 18 a 22 años con un 35,29%, seguido por el de 23 a 27 años con 26, 47% y por último el de 28 a 31 años con 20,59%.

Destacando que la incidencia de traumatismos abdominales penetrantes con lesiones de colon que ameritaron de colostomías se presenta en poblaciones jóvenes (82,37%), debido al incremento creciente de la violencia en la juventud, convirtiéndola en una población de riesgo.

En el presente estudio, se demuestra que la colonoscopia en pacientes con colostomías por lesiones de colon producidas por traumatismos abdominal penetrante menores de 40 años y sin antecedentes de patología neoplásica colorectal previa y/o familiares, que van a ser sometidos a restitución del tránsito intestinal, la colonoscopia no demostró relevancia significativa, ya que no se encontraron patologías de importancia ni estenosis del cabo distal, a pesar de lo que reporta la literatura, hallazgos capaces de modificar la conducta quirúrgica a seguir.

Las colonoscopias en la muestra estudiada en más de 85% de los casos no mostraron alteraciones de importancia, entre las que se destaca cambios inherentes a la desfuncionalización del colon como la colitis por privación en 64,70% de los pacientes y colonoscopias normales en 20,59%, quedando solo un 11,76% con hallazgos patológicos de importancia, tales como, trayecto fistuloso en la cara anterior del recto; un paciente con enfermedad diverticular; un granuloma a cuerpo extraño a nivel del muñón del cabo distal del recto desfuncionalizado; y un pólipo en la unión ano rectal, cuya biopsia informo, pólipo adenomatoso sin evidencia de malignidad.

En base a lo expuesto, se hace imperiosa la necesidad de realizar más estudios en nuestro país, aumentando el tamaño de

la muestra, para dilucidar el verdadero papel de la colonoscopia preoperatoria para la cirugía de restitución de tránsito intestinal, pudiéndose convertir en una línea de investigación global a llevar en todos los hospitales que son sedes de postgrados de Cirugía General.

En este estudio no hay evidencia que sugiera que la realización de colonoscopia preoperatoria en la cirugía electiva de restitución de tránsito intestinal, evite la aparición de complicaciones, ni permita el diagnóstico de patologías de relevancia en la población estudiada, por lo que la misma no parece tener la importancia que hasta ahora se le ha otorgado, pues no demuestra diferencias apreciables si no es utilizada; y podría potencialmente generar complicaciones al paciente.

REFERENCIAS:

- Bubrick MP, Roistad BS. "Intestinal Stomas" in Principles and Practice of Surgery for the Colon. Rectum and Anus. 1992 pág: 855 - 905.
- Andrade E: Traumatismos del colon. Reseña histórica y manejo quirúrgico. Univ Med (Bogotá) 1986; 28:51.
- Hernández, A; González, A; Kestenber, A; Gómez, E: Trauma de colon: análisis de las historias clínicas de 165 pacientes en el Hospital Universitario del Valle, Colombia. Colombia Med 1988; 19:110.
- Scott B, et al. Penetrating injuries to the colon. South Med J 1989; 82:1099.
- Csendes A, Dbandi A., Sepúlveda. Colostomías Pautas de Diagnósticos y tratamiento de patología gastro-intestinal y vascular periférico. Ed. Andrés Bello. Santiago de Chile, 1981; 181-184.
- Cohnl. Nance F. Colon y Recto. Tratado de patología quirúrgica X Ed. Interamericana 1974; 892-896.
- Azolas C., Jensen C., Jáuregui C., Vergara J., Perés G. Fístulas esterco-ráceas clasificación y manejo. Rev Chil Cir; 44 428-432.
- Raddatz, Ibañes L, Rahner A Castillo O. Colostomías temporales. Revisión de 102 casos Rev Chil Cir 1982; 34: 439-442.
- Pobeda T. A., Molina R E. Colostomías. Boletín Científico de Cirugía 1998; 7: 21-24.
- Haas PA, Fox TA. The fate of the forgotten rectal pouch after Hartmann's procedure without reconstruction. Am J Surg 1990; 159:106-111.
- Bosshardt RT, Abel ME. Proctitis following fecal diversion. Dis Colon Rectum 1984; 27:605-607;
- Haas PA, Fox TA, Szilagy EJ. Endoscopic examination of the colon and rectum distal to a colostomy. Am J Gastroenterol 1990; 85: 850-854.
- Ma CK, Gottlieb C, Haas PA. Diversion colitis: a clinicopathologic study of 21 cases. Hum Pathol 1990; 21:429- 436.
- Yeong ML, Bethwaite PB, Prasad J, Isbister WH. Lymphoid follicular hyperplasia: a distinctive feature of diversion colitis. Histopathology 1991;19: 55-61.
- Dos Santos, Leonaldson; Schanaider, Alberto; Wolff C., Bettina. Colitis following fecal diversion: still a challenge. Acta Cir. Bras. [online]. 2000, vol.15, n.4 São Paulo Oct./Nov./Dec.
- Bubrick MP, Roistad BS. "Intestinal stomas" in Principles and Practice of Surgery for the Colon. Rectum and Anus. 1992 pag: 855 - 905.
- Zinner, M. Schwartz, S. Ashley, S. Maingot. Operaciones Abdominales. Tomo II. Pag. 1202. 10ª edición. Editorial Panamericana. Madrid 2004.
- Alfaro, A.; Cusihamán, D.; Peña, J.; Rojas, J.; Auditoria en colostomías, ileostomías y otras enterostomías en el Hospital Nacional del Sur Este-Esalud de la Ciudad de Cusco de 1992 - 1994 SITUA vol14 año VII Abril 1999.
- Zamora, F; Noya, J; Gómez, V; Escalona, R; Tahan, J: Cirugía electiva colo-rectal sin preparación mecánica. La ruptura de un paradigma en cirugía. Rev Venez Cir. 2006; 59: 87-94.
- Brachman PS; Dan BB; Haley RW; et al: Nosocomial surgical infections: incidence and cost. Surg Clin North Am. 1980; 60: 15-25.
- Keighley MR: A clinical and physiological evaluation of bowel preparation for elective colorectal surgery. Worl J Surg 1982; 6: 464-470.
- Singer MA; Nelson R: Primary repair of penetrating colon injuries: A systematic review Dis Colon Rectum 2002; 45 (12): 1579-1587.
- Demetriades D; Murria J; Chan L; Ordoñez C; Bowley C; Nagy K: Penetrating colon injuries requiring resection: Diversion or primary anastomosis? An AAST prospective multicenter study. J Trauma 2001; 50: 765-775.
- Conrad JK; Ferry KM; Foreman ML; et al: Changing management trends in penetrating colon trauma. Dis Colon Rectum 2000; 43: 466-471.