



Cierre Laparoscópico de Colostomía Tipo Hartmann

A Propósito de 1 Caso

L. A. ARANGO, MD, SCC; A. ANGEL, MD, SCC.

Palabras claves: Colostomía, Laparoscopia, Suturas mecánicas.

Cada vez incursiona más la cirugía laparoscópica dentro de campos antes sólo explorados por el procedimiento quirúrgico abierto; es así como basados en los principios fundamentales de la laparoscopia operatoria y sin conocer informes en la literatura consultada, decidimos realizar el cierre laparoscópico de una colostomía tipo Hartmann en una paciente de 56 años, quien previamente había sido intervenida por una enfermedad diverticular complicada con perforación del colon sigmoide y formación de absceso, situación que obligó al cirujano a dejar este tipo de colostomía con el propósito de regresar en un segundo tiempo para realizar el cierre definitivo. Cuatro meses después, la paciente fue llevada a cirugía laparoscópica, en la cual se logró la anastomosis colónica por medio de suturas mecánicas. La evolución posquirúrgica de la paciente fue satisfactoria.

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino, de 56 años, quien fue sometida en febrero de 1955 a resección del sigmoide por enfermedad diverticular perforada y colostomía tipo Hartmann, por sepsis intraperitoneal y mal estado de los tejidos, lo que obligó al cirujano a realizar el procedimiento quirúrgico en dos tiempos, para hacer el cierre de la colostomía posteriormente. Como antecedente de importancia, anotaba "una cirugía de la vesícula y vías biliares, 8 años antes". La paciente se presentó en julio de 1995 para que se le restableciera la continuidad intestinal. Se estudió detalladamente el caso y se definió que siguiendo los mismos principios de la cirugía laparoscópica del colon (resección anterior baja), se podía realizar el cierre en forma exitosa. El procedimiento se le propuso a la enferma y fue aceptado.

Doctores: Lázaro Antonio Arango Molano, Prof. Dpto. de Cirugía General, Endoscopista del Serv. de Urgencias; Alberto Angel Pinzón, Prof. Dpto. de Cirugía General, Jefe del Serv. de Cirug. Gral., Univ. de Caldas, Facultad de Medicina, Hosp. de Caldas, Manizales, Colombia.

Una vez en el quirófano, con la paciente en posición de litotomía y haciendo especial énfasis en la flexión no forzada de ambos miembros inferiores para no producir lesiones neurológicas, se realizó la colocación meticulosa de los trocares ante el peligro de la presencia de adherencias. El primero se hizo en la fosa ilíaca derecha introduciendo allí un dispositivo de 10-12 mm (Ethicon J. & J R), por el cual se introdujo el lente de 0° y se logró visualizar múltiples adherencias grado I y II según la clasificación de Arango y Angel (5). De acuerdo con lo anterior se ubicó otro trocar de iguales características en el flanco derecho en nivel del ombligo; por éste se pasó nuevamente el lente, dejando la tijera quirúrgica en el trocar anterior; se procedió entonces a realizar la liberación cortante de las adherencias, proceso que duró cerca de 30 minutos, al cabo de los cuales se pudo visualizar la colostomía hacia el flanco izquierdo, localizando allí un tercer trocar igual a los anteriores, por el cual se introdujeron las pinzas quirúrgicas auxiliares. Hasta ese momento ya se había logrado la liberación de las adherencias y la ubicación del asa del colon sobre el flanco izquierdo que pasaba desde el abdomen hasta la piel. Se procedió entonces a movilizar suavemente las asas intestinales de la pelvis, y mediante una maniobra forzada de Trendelenburg se ubicó el útero y un hilo de prolene dejado en la cirugía anterior para la localización del muñón rectal. Se introdujo por el recto una grapadora circular de 29 mm y se procedió a la liberación en forma roma del muñón rectal que se encontraba firmemente adherido al útero. En este momento se suspendió el procedimiento laparoscópico y se procedió a liberar la colostomía terminal de la piel y la fascia; se desbridaron sus bordes y se le adaptó la cabeza de la grapadora, abandonando el asa del colon y el dispositivo en la cavidad. Se cerró la fascia y se reinició el neumoperitoneo. Nuevamente por vía laparoscópica, se localizaron el asa de la colostomía y su dispositivo en la cavidad y se tomaron con una pinza de Allis modificada; simultáneamente, se manipuló la grapadora circular externamente, de tal forma que permitiera la salida del yunque hacia la cavidad, para posteriormente acoplar este dispositivo de la misma. Posteriormente fue evaluada su integridad con agua y aire, verificándose el éxito del procedimiento, que puede verse esquemáticamente en las Figuras 1, 2 y 3.

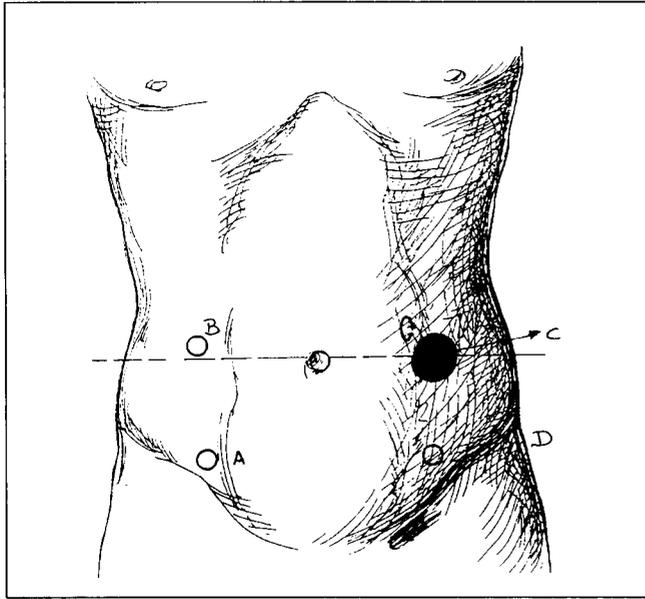


Fig. 1. Esquema de los puntos de entrada utilizados en la paciente del caso clínico. El punto A indica la entrada del primer trocar. El punto B muestra el sitio desde donde se manejó la cámara. El C el área donde estaba la colostomía y el D, el punto de entrada de la pinza de ayuda.

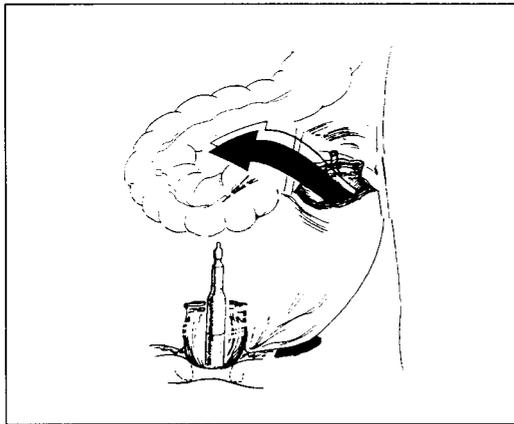


Fig. 2. El estoma se introduce a la cavidad con la cabeza adaptada a su extremo. En el área rectal sobresale el yunque sobre el muñón dejado previamente.

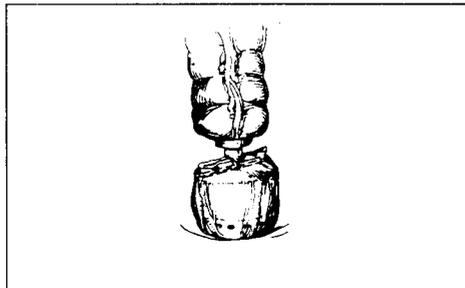


Fig. 3. Acople de ambas superficies para la realización respectiva de la anastomosis.

La evolución transcurrió en forma satisfactoria; se reinició la vía oral al cabo de 3 días y se dio de alta a la paciente al cuarto día postoperatorio.

DISCUSION

El colon puede ser fácilmente movilizado y esta es una de las razones para que lentamente el acto laparoscópico colónico se esté practicando cada vez más, llegando en los Estados Unidos a ser tan común como la colecistectomía y la apendicectomía laparoscópicas (1). El grupo de Jacobs de la Universidad de Miami en el Estado de la Florida, realizó en julio de 1990 la primera hemicolectomía derecha por laparoscopia en un paciente que sufría de vólvulo cecal intermitente, lográndose una evolución satisfactoria con inicio de la vía oral en 2 días y la salida del hospital al cuarto día. La necesidad de analgesia fue mínima (1). Los principios que rigen la cirugía laparoscópica colónica son los mismos de la cirugía tradicional tanto laparoscópica como abierta.

En la actualidad ha cobrado gran popularidad la cirugía laparoscópica para afecciones colónicas tanto benignas como malignas, proporcionando en estas últimas tanto o más seguridad que la cirugía tradicional (2). Debe entenderse que este tipo de cirugía puede hacerse completamente interna logrando realizar resecciones y anastomosis sin exteriorizar los segmentos intestinales comprometidos, ampliando sólo al final uno de los orificios para extraer la pieza resecada o también puede realizarse en la forma asistida, en la cual parte del procedimiento es interno y parte se realiza exteriorizando segmentos que por lo general son para anastomosar y luego reintroducir (Fig. 4) (3).

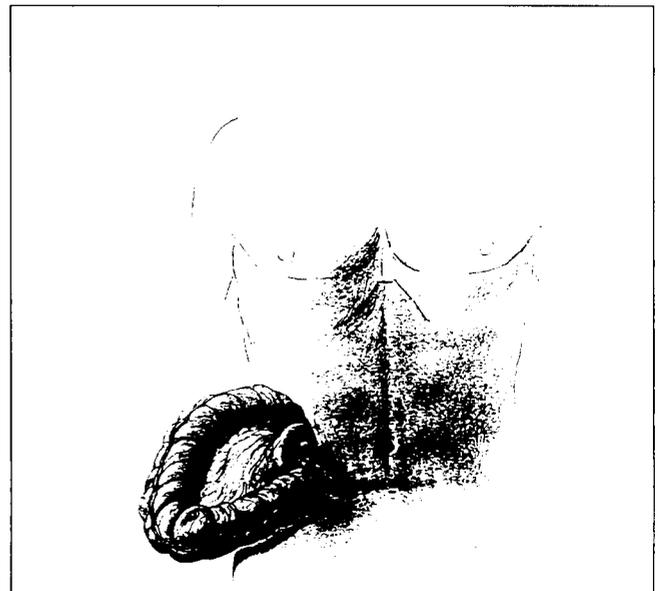


Fig. 4. Visualización esquemática de la extracción de un segmento del colon por uno de los orificios realizados en la laparoscopia, el cual se amplía para la ejecución de una resección y anastomosis.

En general, para la realización exitosa de la cirugía laparoscópica y particularmente del colon y el esófago, se han ideado una serie de instrumentos que son una verdadera obra de ingeniería y sustituyen los tradicionalmente utilizados; es así como podemos contar con *clamps* intestinales, pinzas anguladas, disectores de Maryland, Babcocks, etc., los que facilitan la ejecución de este tipo de cirugía (Fig. 5).

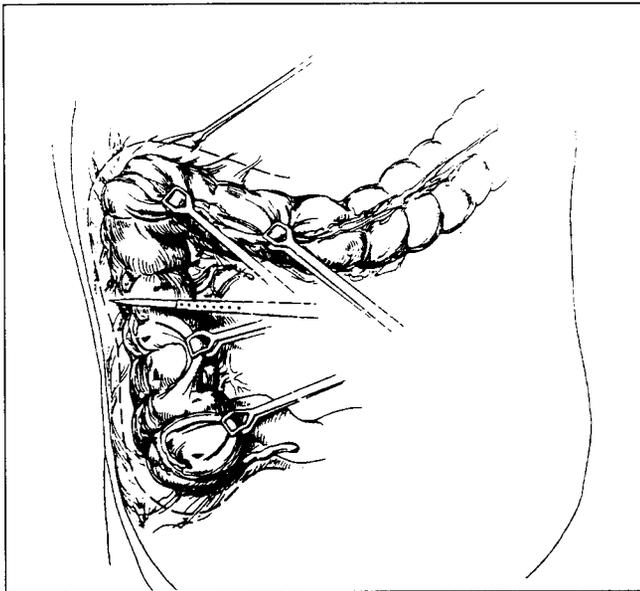


Fig. 5. Esquema de las múltiples pinzas existentes en cirugía laparoscópica.

Una de las artes en la realización de estos procedimientos es la de localizar muy bien las puertas de entrada de acuerdo con la ubicación de la lesión, variando, por supuesto, en cada individuo; variaciones que tienen relación con talla, peso, localización de la patología y facilidad de realizar todo el procedimiento interno o hacer parte del abierto (asistido) (4).

Particularmente en esta paciente, se siguieron los mismos principios de la resección anterior baja, y las puertas de entrada se pueden ver claramente en la Figura 6. Uno de los puntos difíciles cuando se realiza cirugía laparoscópica es el de operar sobre áreas que ya se han intervenido previamente, ya que esto supone una habilidad adicional, para la cual se deben tener conocimientos sobre la patología adherencial. Recientemente hemos expuesto en el Congreso de Cirugía General de la Sociedad Colombiana de Cirugía en la ciudad de Bogotá un trabajo y un video en el que se tocó el tema de las adherencias y se estableció una clasificación de ellas que, al parecer, es la primera que se realiza en cirugía laparoscópica, y en la cual se determina el grado de éstas desde I hasta IV, siendo las primeras las más frecuentes y fáciles de tratar y las últimas las de mayor riesgo debido a la relación íntima entre las vísceras y la pared abdominal, lo que se asocia con mayor frecuencia de complicaciones tipo perforación (5).

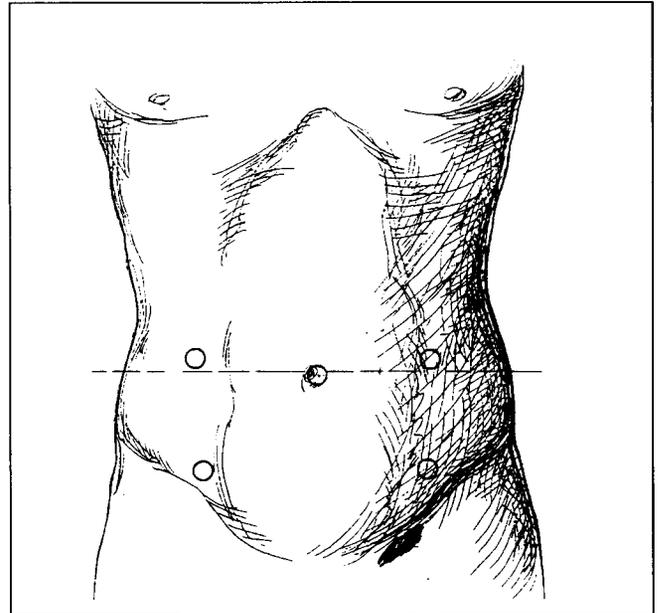


Fig. 6. Se observa la señalización de los sitios de entrada de los diferentes trocares para la realización de una resección anterior baja laparoscópica.

Las indicaciones más frecuentes de cirugía laparoscópica sobre el colon, expuestas por Johansen de la *Cleveland Clinic* en Fort Lauderdale de la Florida, son las siguientes:

Indicación	Procedimiento
Carcinoma	Resección segmentaria con anastomosis intra o extracorporal
Diverticulitis	Resección segmentaria con anastomosis de Hartmann
Enfermedad inflamatoria intestinal	Proctocolectomía con anastomosis íleo-anal restauradora
Hemorragia colónica masiva	Colectomía segmentaria o subtotal
Poliposis	Proctocolectomía subtotal con anastomosis íleo-rectal o bolsa íleo-anal
Trauma	Resección segmentaria o reparación primaria
Procedimiento de Hartmann con ileostomía de Brooke o con colostomía terminal	Cierre de ileostomía o colostomía.

El mismo autor enumera algunos de los procedimientos ejecutados por él, en los que no se menciona la realización de cierres de colostomías (6).

Edad (años)	Indicación	Procedimiento
82	Adenocarcinoma del colon der.	Hemicolectomía derecha con anastomosis ileocolónica
17	Poliposis adenomatosa familiar	Proctocolectomía con anastomosis restauradora íleo-anal
69	Carcinoma cecal	Hemicolectomía derecha con anastomosis íleo-colónica
76	Carcinoma rectal < 8 cm	Resección baja anterior
65	Carcinoma rectal de 12 cm	Resección anterior
27	Colitis ulcerosa	Proctocolectomía con anastomosis íleo-anal restauradora
63	Pólipo maligno en el sigmoide	Resección del sigmoide
38	Poliposis adenomatosa familiar	Proctocolectomía con anastomosis íleo-anal restauradora
43	Poloposis adenomatosa familiar	Proctocolectomía con anastomosis íleo-anal restauradora
72	Carcinoma colónico derecho	Hemicolectomía derecha con anastomosis ileocolónica
32	Colitis ulcerosa	Proctocolectomía con anastomosis íleo-anal restauradora.

Los anteriores son algunos de los procedimientos realizados en la *Cleveland Clinic*, los cuales resumen el amplio panorama que puede ofrecer al cirujano general y coloproctal la cirugía laparoscópica.

Las ventajas del procedimiento laparoscópico colónico, sea cual fuere la patología, son las siguientes:

1. Menor tiempo quirúrgico
2. Menos pérdida de líquidos debida a exposición peritoneal a la atmósfera
3. Mínimo dolor postoperatorio debido al menor tamaño de la incisión
4. Menos probabilidad de íleo dinámico
5. Movilización precoz del paciente
6. Menor tiempo de hospitalización postoperatoria
7. Pronto retorno a las actividades físicas que requieren de esfuerzo.

En la actualidad la cirugía del colon por laparoscopia se ha convertido en una de las armas quirúrgicas importantes para el tratamiento menos invasor de cualquier tipo de patología a este nivel. Así lo demuestra el acceso actual que se realiza a algunos pacientes con prolapso rectal (7) o con enfermedades inflamatorias del intestino (8); hoy es ampliamente reconocido, como lo expusimos antes, el tratamiento del cáncer colónico que ha originado múltiples opiniones; en el momento la balanza se inclina en favor de quienes apoyan la laparoscopia como el método ideal para el tratamiento de estas neoplasias (9-11).

CONCLUSIONES

- El cierre de colostomías puede ser realizado por vía laparoscópica en forma segura y satisfactoria.

- La evolución de la paciente estudiada y tratada demostró que este procedimiento asegura mejores resultados estéticos, menor dolor, rápida deambulacion y salida temprana del hospital .
- La visualización directa de las adherencias y su liberación con disección y cauterio, evita la presentación de hemorragia, que es la complicación más frecuente en esta tipo de procedimiento y que en nuestro servicio ha llevado a varios pacientes a complicaciones considerables.
- De esta manera se evita una nueva laparotomía con las consecuencias indeseables de ésta, incluyendo la formación de nuevas adherencias, pues se ha demostrado que con el método laparoscópico y el menor sangrado que se presenta con él, las adherencias que se producen son mínimas.

ABSTRACT

Laparoscopic surgery is entering more and more in fields remained untouched only to open surgical procedures. That's why, based on the elementary laparoscopic principles and without finding any reports on the consulted literature, we decided to perform the laparoscopic closure of a Hartmann type colostomy in a 56 year old patient, who was previously operated for a diverticular disease complicated with perforation of the colon and abscess formation which forced the surgeon to perform this type of colostomy with the purpose of making a secondary closure. Four months later, the patient was taken to laparoscopic surgery being able to perform closure through mechanical sutures. Post-operative evolution of the patient was satisfactory.

REFERENCIAS

1. Jacobs M: Laparoscopy in Diseases of the Colon. *Adv Lap Bow/Colon Rectum Surg* 1995 Mar; 1 (1):1-7
2. Bemstein M, Wexner S: Laparoscopic Resection for Colorectal Cancer: A USA Perspective. *Sem Lap Surg* 1995 Dec; 2 (4): 216-23
3. Geis P: Laparoscopic Right Hemicolectomy (Minimally invasive). *Adv Lap Bow / Colon Rectum Surg* 1995 Mar; 2 (1): 9-15
4. Geis P: Colon Resection: Laparoscopic Dissection and Morbilization of the Colon. *Adv Lap Bow / Colon Rectum Surg* 1995 Mar; 1 (1): 16-30
5. Arango L, Angel A: Clasificación del Síndrome Adherencial y Acceso Laparoscópico. En prensa, 1995
6. Johansen O, Wexner S: Laparoscopic Colectomy. *Adv Lap Bow / Colon Rectum Surg* 1995 Mar; 1 (1): 32-47
7. Wilson P, Williams N: Laparoscopic Treatment of Rectal Prolapse. *Sem Lap Surg* 1995 Dec; 2 (4): 262-7
8. Marchesa P, Milsom J: Laparoscopic Techniques for Inflammatory Bowel Disease. *Sem Lap Surg* 1995 Dec; 2 (4): 246-51
9. Hartley J, Monson J: Laparoscopic Resection for Colorectal Cancer: A European Perspective. *Sem Lap Surg* 1995 Dec; 2 (4): 224-34
10. Siltz R, Lumley J: Laparoscopic Resection for Colorectal Cancer: An Australian Perspective. *Sem Lap Surg* 1995 Dec; 2 (4): 235-41
11. Heald R: Laparoscopic Resection for Colorectal Cancer: Limitations and Concerns. *Sem Lap Surg* 1995 Dec; 2 (4): 242-5

IN MEMORIAM

La Sociedad Colombiana de Cirugía, a través de la presente entrega de CIRUGIA, quiere honrar la memoria de algunos de los socios fallecidos últimamente, enaltecer su recuerdo y renovar los sentimientos de condolencia ante sus familiares y amigos. Ellos son:

Doctor Jorge Archila Fajardo, socio Fundador de la Sociedad, Expresidente de la Sociedad Colombiana de Gastroenterología y Jefe de Cirugía de la Caja Nacional de Previsión Social.

Doctor Agustín Pachón Ortiz, Miembro Honorario de la Sociedad y Jefe de Cirugía del Instituto Nacional de Cancerología.

Doctor Tomás Guzmán Vilar, Cirujano General y Magíster en Gastroenterología de la Universidad norteamericana de Minnesota.

Doctor Fernando Calderón Pantoja, Cirujano de la Clínica San Pedro Claver del ISS y Cirujano del Departamento de Urgencias del Hospital San Juan de Dios de Bogotá.

Doctor Hernando Espinosa París, Cirujano General, Fundador y Director de la Clínica Bocagrande de Cartagena.

N. del E. La Revista CIRUGIA agradecerá los informes oportunos sobre el fallecimiento de socios de nuestra Sociedad, cuando éste ocurra en cualquiera de las ciudades del país o del exterior.