Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - Nº 6, Diciembre 2004; págs. 558-561

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Complicaciones del cierre de la ileostomía en asa

Drs. JUAN SUÁREZ M, CARLOS ZÚÑIGA G, Ints. Srta. FERNANDA AHUMADA K, CLAUDIA CIFUENTES S. Sr. FELIPE MATURANA M

Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Clínica Reñaca, Viña del Mar

RESUMEN

Introducción: No existe abundante literatura sobre morbilidad del cierre de la ileostomía en asa. En Chile, hay sólo 2 comunicaciones. *Objetivo:* Medir las complicaciones del cierre de la ileostomía en asa, compararlas con las de la literatura, y con la morbilidad del cierre de colostomía en asa publicado por nosotros el año 2000. *Material y Método:* 57 pacientes: 35 mujeres (61,4%) y 22 hombres (38,6%), fueron operados entre 1992 y 2002, empleando técnica manual. Morbilidad fue registrada hasta los 30 días. *Resultados:* 7 pacientes presentaron complicaciones (12,3%): 3 íleos (5,3%) resueltos médicamente; 3 obstrucciones intestinales (5,3%) y 1 perforación del asa eferente (1,7%) que fueron reoperadas (7,1%). No hubo infección de herida operatoria, ni mortalidad. *Conclusiones:* Nuestra morbilidad en cierre de ileostomía en asa, es semejante a la de la literatura. Sin embargo ella es mayor que la del cierre de la colostomía en asa de nuestra serie histórica de 75 casos (morbilidad 6% y reoperación 1,3%).

PALABRAS CLAVES: ***Ileostomía en asa, cierre ileostomía, estoma***

SUMMARY

Introduction: There is not much literature regarding morbidity and mortality of loop ileostomy closure. In Chile, we know about 2 published papers. *Objective:* To measure the complications of loop ileostomy closure, to compare them with the published data in the literature, and to compare it with the morbidity of loop colostomy closure published by us in the year 2000. *Methods:* Fifty seven patients, 35 women (61,4%)and 22 men (38,6%), were operated on between 1992 and 2002, using manual technique. The morbidity and mortality was registered up to 30 days. *Results:* Seven patients presented complications (12,3%): 3 paralytic ileus (5,3%) medically treated, 3 mechanical ileus (5,3%), and 1 small bowel perforation were treated with surgery (7,1%). There were no wound infection and mortality. *Conclusions:* Our loop ileostomy closure morbidity is similar to the published in the literature. However, this is higher than our previous published data regarding loop colostomy closure (morbidity 6% and reoperations 1,3%).

KEY WORDS: ***Loop ileostomy, ileostomy closure, stoma***

INTRODUCCIÓN

Dentro de las alternativas de derivación transitoria del contenido fecal para la protección de anastomosis intestinales bajas se encuentra la ileostomía en asa, la cual tiene como ventaja una construcción relativamente fácil.[1]

La ileostomía en asa consiste en comunicar el contenido intestinal del íleon a través de un orificio previamente marcado en la pared abdominal. Se

realiza una apertura en la porción distal del asa abocada al exterior evertiendo la porción proximal, la que queda sobresaliente 2 a 3 cm de la piel, facilitando que el contenido intestinal entre en forma directa a la bolsa de ileostomía.

Sus principales indicaciones son: la protección de anastomosis colorrectales ultrabajas en cirugía oncológica, la protección de reservorios ileoanales por colitis ulcerosa o poliposis adenomatosa familiar. También se utiliza en la protección de otras anastomosis en casos especiales, como pacientes desnutridos por la enfermedad de base, o bajo terapia esteroidal, o en el tratamiento de fístulas colónicas de bajo débito.[2]

El cierre de la ileostomía se realiza en un plazo variable que en general es superior a 8 semanas (período en el cual el edema del estoma ha disminuido y los tejidos de la anastomosis han cicatrizado). Para realizar el cierre debe constatarse la funcionalidad de la anastomosis distal mediante estudio endoscópico y/o técnicas radiológicas contrastadas.

El cierre de la ileostomía en asa se puede realizar, en la gran mayoría de los casos, sin necesidad de una laparotomía, mediante tres técnicas: sutura simple, resección y anastomosis (ambos procedimientos manuales), o bien sutura mecánica.

El cierre de la ileostomía es un procedimiento no exento de complicaciones, siendo las más frecuentes el íleo post operatorio, la obstrucción intestinal mecánica, la filtración de anastomosis, y la infección de la herida operatoria. En la literatura el porcentaje global de complicaciones, asociadas al cierre de ileostomía en asa, varía ampliamente entre 2% y 30%.[3,4,5,6,7,8,9,10,11,12]

Los objetivos del presente estudio son: 1) Medir en forma exacta las complicaciones del cierre de la ileostomía en asa en nuestro medio, 2) Comparar nuestros hallazgos con los de la literatura nacional e internacional, 3) Comparar tales resultados con los de nuestra serie histórica de cierre de colostomía en asa.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, de una serie de pacientes a los cuales se les realizó ileostomía en asa y cierre posterior, entre enero de 1992 y diciembre de 2002.

Todos los pacientes fueron operados por el mismo cirujano (J.S) en el Servicio de Cirugía del Hospital G. Fricke y la Clínica Reñaca de Viña del Mar. A todos los pacientes se les realizó una preparación intestinal preoperatoria con dieta sin residuos y antibióticoterapia perioperatoria.

Se recolectaron los siguientes datos: edad, sexo, patología de base, intervalo entre la realización y el cierre de la ileostomía, técnica quirúrgica, presencia de complicaciones inmediatas (dentro de los primeros 30 días) y mortalidad postoperatoria.

RESULTADOS

Durante el período de estudio hubo 57 casos de cierre de ileostomía en asa; 35 mujeres (61,4%) y 22 hombres (38,6%), con una edad promedio de 52,7 años (17 a 83).

La patología que motivó la construcción de la ileostomía en asa fue resección intestinal y anastomosis baja por cáncer rectal en 44 casos (77,2%), protección de reservorios ileoanales por colitis ulcerosa y poliposis adenomatosa familiar en 12 (21,1%) y protección de anastomosis ileorrectal en enfermedad de Crohn en 1 caso (1,7%).

El tiempo promedio entre la realización de la ileostomía y el cierre fue de 16 semanas (8 a 46 semanas). El tipo de cierre más utilizado fue la sutura manual término-terminal (55 casos), con sólo 2 casos de resección y anastomosis. No se utilizó sutura mecánica en esta serie.

Hubo un total de 7 pacientes que presentaron complicaciones postoperatorias inmediatas (12,3%). Entre ellas hubo 3 íleos postoperatorios (5,3%) que se resolvieron médicamente, 3 obstrucciones intestinales mecánicas (5,3%), y una perforación de asa eferente (1,7%). Los 3 casos de obstrucción intestinal y la perforación de asa fueron reoperados (7,1%). Una paciente reoperada por obstrucción intestinal se complicó, requiriendo una ileostomía de Brooke, la que mantiene hasta la actualidad.

No se constató infección de herida operatoria en ningún caso de la serie.

No hubo mortalidad post operatoria.

DISCUSIÓN

La derivación del tránsito intestinal es un método útil para el manejo de pacientes con enfermedades inflamatorias, neoplásicas, u otras del intestino, puesto que permite proteger anastomosis intestinales bajas y reservorios ileales, hasta que el edema y la inflamación han cedido y se pueda asegurar que la anastomosis distal no filtrará, evitando morbilidad.

Al comparar nuestra serie con las publicadas en la literatura encontramos que nuestro porcentaje global de complicaciones de cierre de ileostomía en asa (12,3%) se encuentra dentro de los límites esperados (2% a 30%),[3,4,5,6,7,8,9,10,11,12] siendo la obstrucción intestinal mecánica y el íleo postoperatorio las más frecuentes (Tabla 1).

Tabla 1

MORBILIDAD CIERRE ILEOSTOMÍA EN ASA

Autor	*n*	*Infección herida operatoria %*	*Ileo postoperatorio %*	*Obs. intestinal mecánica %*	*Fístula perforación peritonitis %*	*Reoperación*	*Morbilidad global %*
Metcalf, 1986	122	1,6	-	14,7	7,4	1,6	2,7
Van de Pavoordt, 1987	293	3	-	-	1	-	17
Troncoso, 1988	29	21,7	13	8	-	5	30,4
Lewis, 1990	40	3	2,5	5	0	5	10
Winslet, 1991	34	-	3	3	18	15	30
Martinez, 1992	59	17,4	8,7	2	0	1,7	20,3
Wexner, 1993	67	-	1,5	0	-	0	10,8
Khoo, 1994	203	-	-	4,9	-	4,9	2
Hull, 1996	61	-	-	3,2	1,6	4,9	-
Phang, 1999	339	14,2	0	5,5	2,9	7,4	24,5
Bannura, 2001	30	10	6,6	0	3,3	0	23
Suárez, 2003	57	0	5,3	5,3	1,7	7,1	12,3

La infección de la herida operatoria es una complicación descrita entre el 1,7% y 21,7% de los casos.[1,2,3,5,7,9,11] Ninguno de nuestros pacientes presentó esta complicación, lo cual atribuimos en parte a la irrigación con suero fisiológico de la herida, previo al cierre, y al uso de antibióticoterapia acortada, pre y postoperatoria.

En nuestra serie se reintervino a 4 pacientes (7,1%), una de las cuales permanece aún ileostomizada, sin el tránsito restablecido. En la literatura, el porcentaje de reoperaciones llega a cifras similares: 7,4%.[7]

La ileostomía en asa es una alternativa que ha demostrado tener un bajo porcentaje de complicaciones potencialmente serias, constituyendo el método de elección en pacientes a los cuales se les ha practicado una proctocolectomía restauradora, en quienes se quiere proteger las suturas de un reservorio ileoanal.

Existe controversia, en cambio, respecto a qué método utilizar para derivar el tránsito fecal (transversostomía o ileostomía en asa), cuando se conservan segmentos de colon, como sucede en el caso de las resecciones y anastomosis colorrectales ultrabajas, o coloanales.

Han sido publicados dos estudios aleatorios que favorecen la colostomía versus la ileostomía.[12,15] El más reciente (2002)[12] muestra una menor incidencia de íleo post operatorio y obstrucción intestinal mecánica, después de la construcción de una colostomía en asa, sin comprobar diferencias después del cierre de transversostomía o ileostomía. Estos autores recomiendan la transversostomía como el método a preferir para derivar el tránsito.

Lo anterior es concordante con nuestra propia experiencia, donde la morbilidad del cierre de la transversostomía en asa ha sido considerablemente menor que la presentada en esta serie de cierre de ileostomía (6% *vs* 12,3%),[13] lo mismo que la tasa de reoperaciones por complicación (1,3% *vs* 7,1%).[13] El cierre de la ileostomía en asa nos parece técnicamente mas difícil que el de la colostomía en asa, juicio que compartimos con otros autores.[18]

Lo anterior se debe a que la vía de acceso es más estrecha y el lumen del intestino delgado es menor que el del colon, siendo más propenso al acodamiento de los cabos, una vez practicada la sutura. De esta manera, la técnica quirúrgica de sutura manual debe ser especialmente meticulosa para no provocar estenosis ni favorecer ulteriores acodaduras. En este sentido las técnicas de cierre mecánico parecen ventajosas ya que proporcionan un lumen más amplio, reportándose cifras más bajas de obstrucción intestinal posterior al cierre del estoma.[7,14]

Sosteniendo el punto de vista contrario y, por tanto, favoreciendo el uso de ileostomía en asa, existen tres trabajos aleatorios.[16,17,18] El último (1991),[18] publicado por el grupo de Heald, si bien comprueba una mayor morbilidad de la tranversostomía, ésta no fue diferente en el postoperatorio inmediato al cierre, sino que fue mayor durante el funcionamiento de la colostomía, previo al cierre (prolapso), o bien, en forma alejada, presentando una mayor tasa de hernia incisional, en el sitio del cierre de la colostomía. Lo más probable es que bajo ciertas circunstancias, como sucede frecuentemente en cirugía, puede ser preferible una técnica con respecto a la otra, dependiendo de variados

factores como son, por ejemplo, la factibilidad con que se puede exteriorizar, o no, un asa de íleon o el colon transverso. En enfermos con íleon comprometido por radioterapia previa, la colostomía parece preferible; lo mismo que en pacientes con mala preparación intestinal o cuando una fístula anastomótica ha ocurrido y se requiere una derivación, puede preferirse una transversostomía.[18] Una ileostomía en asa no debe tampoco emplearse en obstrucción de colon distal con válvula ileocecal competente. El presente trabajo permite considerar al cierre de la ileostomía en asa como un procedimiento con moderado riesgo de morbilidad y reoperación. El conocimiento exacto de estas complicaciones es de importancia capital para mejorar la indicación y la técnica de cierre de una determinada derivación del tránsito, y ofrecer mejores resultados a nuestros pacientes, así como diagnosticar precozmente las complicaciones; reintervenir, si es preciso, para así evitar la mortalidad, lo cual hemos logrado en nuestra práctica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez J, Rahmer A, Zúñiga A. Ileostomías: Indicaciones y resultados. Rev Chil Cir 1992; 44: 171-6.
2. Troncoso P, Martínez J, Rahmer A, Zúñiga A. Ileostomía en asa: técnica y resultados. Rev Chil Cir 1998; 40: 254-9.
3. Metcalf A, Dozois R, Beart R. Temporary ileostomy for ileal pouch-anal anastomosis: function and complications. Dis Colon Rectum 1986; 29: 300-3.
4. Winslet M, Barsoum G, Pringle W, Fox K. Loop ileostomy after ileal pouch anastomosis. Is it necessary? Dis Colon Rectum 1991; 34: 267-70.
5. Bannura G, Valencia C, Contreras J, Melo C. Cierre de ostomías: Análisis comparativo de 220 casos. Rev Chil Cir 2001; 53: 75-82.
6. Amin S, Memon M, Armitage N, Scholefield J. Defunctioning loop ileostomy and stapled sido-to-side closure has low morbidity. Ann R Coll Surg Engl 2001; 83: 246-9.
7. Phang P, Hain J, Pérez-Ramírez J, Madoff R, Gemlo B: Techniques and complications of ileostomy takedown. Am J Surg 1999; 177: 463-6.
8. Khoo R, Cohen M, Chapman G, Jenken D: Loop ileostomy for temporary fecal diversion. Am J Surg 1994; 167: 519-22.
9. Lewis P, Bartolo D. Closure of loop ileostomy after restorative proctocolectomy. Ann R Coll Surg Engl 1990; 72: 263-5.
10. Wexner S, Taranow D, Johansen O, Itzkowitz F: Loop ileostomy is a safe option for fecal diversion. Dis Colon Rectum 1993; 36: 349-54.
11. Van de Pavoordt H, Fazio V, Jagelman D, Lavery I: The outcome of loop ileostomy closure in 293 cases. Int J Colorectal Dis 1987; 2: 214-7.
12. Law W, Chu K, Choi H: Randomized clinical trial comparing loop ileostomy and loop transverse colostomy for fecal diversion following total mesorectal excision. Br J Surg 2002; 89: 704-8.
13. Suárez J, Silva J, de la Fuente H: Comparación de morbilidad entre cierre de colostomía en asa y restablecimiento del tránsito post operación de Hartmann. Rev Chil Cir 2000; 52: 639-42.
14. Hull T, Kobe I, Fazio V: Comparision of handsewn with stapled loop ileostomy closures. Dis Colon Rectum 1996; 39: 1086-9.
15. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J *et al:* Temporary decompression after colorectal surgery: Randomized comparision of loop ileostomy and loop colostomy. Br J Surg 1998; 85: 76-9.
16. Williams NS, Nasmyth DG, Jones D, *et al:* Defunctioning stomas: a prospective controlled trial comparing loop ileostomy with loop colostomy. Br J Surg 1986; 73: 566-70.
17. Khoury GA, Lewis MC, Meleagros L, *et al:* Colostomy or ileostomy after colorectal anastomosis?: a randomized trial. Ann R Coll Surg Engl 1987; 69: 5-7.
18. Edwards DP, Leppington-Clarke A, Sexton R, Heald RJ. Stoma-related complications are more frequent after transverse colostomy than loop ileostomy: a prospective randomized clinical trial. Br J Surg 2001; 88: 360-3.