

Notas clínicas

Complicación mecánica de ileostomía de protección

Mechanical complication of protection ileostomy

B. González-Sierra, V. Arteaga-Peralta, S.M. Pinto-González, A.J. López-Marcano, A.A. Medina-Velasco, R.A. Latorre-Fragua, R. de la Plaza-Llamas, J.M. Ramía-Ángel

Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

RESUMEN

La dehiscencia anastomótica en cirugía colorrectal es una de las complicaciones más temidas. Su incidencia oscila entre 3-15% según distintas series¹⁻². Debido a que el mayor riesgo de estas complicaciones, se observa en las anastomosis colorrectales que quedan a menos de 6 cm del margen anal, se recomienda en dichos casos la confección de una ostomía de protección³⁻⁴.

Sin embargo, la creación de un estoma temporal o definitivo, no está exento de complicaciones, a pesar de ser un recurso en la prevención de complicaciones. Se presenta un paciente que presentó una complicación potencialmente mortal al lesionarse la mucosa del estoma con la varilla que se colocó para prevenir su hundimiento lo que provocó una celulitis amplia que evolucionó tórpidamente.

Palabras clave: complicación, ileostomía, protección.

ABSTRACT

Anastomotic dehiscence in colorectal surgery is one of the most feared complications. Its incidence ranges between 3-15% according to different series¹⁻². Because the highest risk of these complications is seen in colorectal anastomosis that are less than 6 cm from the anal margin, it is recommended in these cases of a protective ostomy³⁻⁴.

However, the creation of a temporary or definitive stoma is not free of complications, despite being a resource in the prevention of complications. We present a patient who presented a life-threatening complication when the mucosa of the stoma was injured with the rod that was placed to prevent its collapse, which caused a broad cellulitis that evolved very quickly.

Keywords: complication, ileostomy, protection.

INTRODUCCIÓN

El estoma intestinal (EI) es uno de los recursos quirúrgicos usados en el manejo de enfermedades graves que afectan al tracto gastrointestinal, como neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal o urgencias quirúrgicas. Los EI más habituales son las ileostomías y colostomías, de carácter temporal o definitivo. Esta técnica quirúrgica está asociada a una alta morbilidad y a una mortalidad no despreciable⁵. De manera global, se considera que al menos la mitad de los pacientes portadores de un EI tendrán complicaciones derivadas de la ostomía, aunque hay estudios que describen hasta un 70-80% de los pacientes afectados

CORRESPONDENCIA

Begoña González Sierra
Hospital Universitario de Guadalajara
19002 Guadalajara
begoglezsierra@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

González Sierra B, Arteaga Peralta V, Pinto González SM, López Marcano AJ, Medina Velasco AA, Latorre Fragua RA, de la Plaza Llamas R, Ramía Ángel JM. Complicación mecánica de ileostomía de protección. Cir Andal. 2018;29(4):530-33.

con una o más complicaciones, o incluso hasta un 96% durante las tres semanas siguientes a la cirugía⁶.

Las complicaciones pueden ser precoces, si aparecen en menos de noventa días de la intervención, o tardías, si aparecen posteriormente. Entre las precoces, destacamos las alteraciones hidroelectrolíticas (20-29%), cutáneas (6-42%), dehiscencia mucocutánea (7-25%), retracción (3-35%), infección (2-15%), necrosis (1-34%), obstrucción intestinal (2-7%), sangrado (2-3%); entre las complicaciones tardías, cutáneas (12-43%), estenosis (2-15%), hernia paraestomal (0-52%), malposición (8-43%), prolapso (2-25%)⁷. Del mismo modo, tras su cierre, las complicaciones tienen un impacto significativo en el paciente, con una morbilidad de hasta el 45,9%⁸, una mortalidad comunicada en algunas series del 6%⁹ y un índice de reintervenciones que alcanza el 7%¹⁰.

CASO CLÍNICO

Varón de cuarenta años con antecedentes de obesidad (IMC 32) y enfermedad inflamatoria intestinal tipo pancolitis ulcerosa, sin manifestaciones extraintestinales y heterocigosis para factor V Leyden. Presenta colitis ulcerosa refractaria a tratamiento médico con inmunosupresores, por lo que en comité interdisciplinar de enfermedades inflamatorias formado por servicio de radiología, digestivo y cirugía general se acuerda el tratamiento quirúrgico. Se realiza panproctocolectomía laparoscópica con reservorio ileoanal y anastomosis ileoanal, mediante laparotomía infraumbilical, con ileostomía de protección sobre varilla en fosa iliaca derecha. A las 48 horas del postoperatorio (PO), presenta dolor abdominal y empeoramiento analítico, siendo la exploración abdominal normal y el tacto por ileostomía sin hallazgos relevantes, por lo cual se realiza tomografía computarizada (TC) informada como cambios postquirúrgicos de panproctocolectomía con reservorio ileoterminal e ileostomía de descarga en fosa iliaca derecha, sin visualizar hallazgos radiológicos sugestivos de complicación en el momento. A las 24 horas, se objetiva celulitis amplia periestomía, en flanco y zona lumbar derecha. Analíticamente, destaca un importante incremento de reactantes de fase aguda (PCR 227 mg/L).

Con estos hallazgos, se decide laparotomía exploradora, encontrando sección completa del intestino a nivel de la ileostomía causada por la varilla con salida de material purulento por orificio de ileostomía afectando a todo el flanco derecho con celulitis infiltrando la zona preperitoneal delimitada por el retroperitoneo, raíz del muslo derecho, raíz del pene y todo el flanco derecho (**Figura 1**). No se encuentran otras alteraciones. Se realizó una nueva ileostomía en fosa iliaca izquierda a 2 m del ángulo de Treitz, colecistectomía, drenaje de cavidad abdominal y del retroperitoneo, y drenaje y lavado por contra incisiones de la celulitis del flanco derecho. El paciente ingresa en UCI con cuadro de shock séptico durante el postoperatorio inmediato.

Durante su estancia en UCI, precisa curas diarias en quirófano para lavado y drenajes sucesivos de la celulitis, realizándose tres TC control con hallazgos en relación a celulitis y drenaje de la misma, sin complicaciones intraabdominales (**Figura 2**). En cuanto a las complicaciones médicas el paciente presenta fibrilación auricular/flutter sin inestabilidad hemodinámica sin precisar cardioversión eléctrica, que es resuelta con antiarrítmicos, trombosis de venas



Figura 1

Imagen que muestra la extensión de la celulitis producida por la sección completa del intestino a nivel de la ileostomía causada por la varilla con salida de material purulento por orificio de ileostomía.

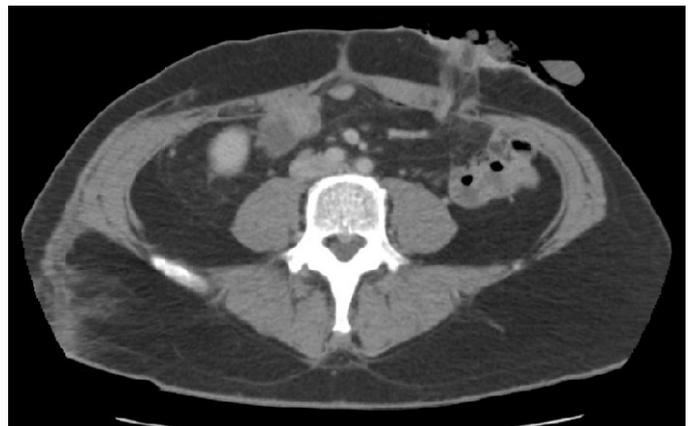


Figura 2

Imagen de TC control durante estancia en UCI que muestra afectación de tejido celular subcutáneo periestomal.

braquiocéfala, yugular y subclavia derechas por lo que se anticoagula con heparina no fraccionada y disfunción sistólica moderada.

Posteriormente, el paciente presenta mejoría general progresiva, con estabilidad hemodinámica que permite la retirada de drogas vasoactivas, siendo dado de alta tras 27 días en UCI. En planta de cirugía presenta buena evolución, por lo que se decide alta en el 45 día postoperatorio.

DISCUSIÓN

La ileostomía temporal, aunque es un recurso poco usado, está indicada tras la resección del recto o mesorrecto en el tratamiento de cáncer de recto medio o bajo, y en colitis ulcerosa tras la reconstrucción del tránsito intestinal con reservorio pélvico. Su función es la de proteger las anastomosis efectuadas a distancia, con el objetivo de evitar el paso de contenido intestinal por ellas¹¹.

El riesgo de complicaciones de un estoma puede estar relacionado con una serie de factores, como son la edad, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), el índice de masa corporal, la comorbilidad músculo-esquelética, la diabetes, el riesgo anestésico ASA, la falta de cuidados preoperatorios por parte de una enfermera estomaterapeuta o la cirugía de urgencia. Parece que en pacientes con enfermedad de Crohn el riesgo acumulado de complicaciones de los estomas es más elevado que en los que tienen colitis ulcerosa (36,8% vs. 17,4%), las reintervenciones tras la creación del estoma en estos pacientes se relacionan más con la propia actividad inflamatoria que con las complicaciones del estoma. No obstante, es fundamental considerar que muchas de las complicaciones de los estomas están relacionadas con la técnica quirúrgica utilizada y, por lo tanto, son susceptibles de prevención¹²⁻¹⁴.

Del 39-82% de las complicaciones de los estomas son precoces, estas suponen un aumento de la estancia hospitalaria y de los cuidados ambulatorios, lo que incrementa los costes tanto económicos como psicológicos. Pueden ser graves, con tasa de reintervención del 7% y mortalidad del 0,6-8% según las series. Aparecen de forma aislada, pero incluso se pueden asociar dos o más en el mismo paciente. Con respecto a las complicaciones inmediatas, la más frecuente en los casos de urgencia es la infección o sepsis. El edema de la ostomía puede aparecer en los primeros días y se produce por un trauma durante la intervención, cuando el diámetro de la piel es menor que la mucosa. La hemorragia periestomal, es una complicación poco frecuente (2-3%) y aparece a las pocas horas por una lesión de algún vaso subcutáneo, puede remitir de forma espontánea, haciendo presión o requerir punto de sutura. La isquemia o necrosis (1-14%) de la ostomía se manifiesta en las primeras 24 horas, principalmente en personas obesas con arteriosclerosis⁷. La isquemia distal del estoma tratada de forma conservadora también puede conllevar el hundimiento.

El hundimiento o retracción del estoma definido como la localización del extremo del estoma por debajo la superficie de la piel¹² Tiene una incidencia variable; en una revisión sistemática se describe entre el 1-6% en las colostomías y entre el 3-17% en las ileostomías¹⁵. La causa más común es la tensión en el intestino. Es más frecuente en los pacientes obesos, por la combinación de la existencia de mesos gruesos y cortos y un mayor espesor del tejido celular subcutáneo.

El hundimiento completo con desprendimiento mucocutáneo puede provocar una contaminación subcutánea simplemente o una contaminación subfascial con peritonitis y una sepsis que obliga a reintervenir al paciente de forma urgente. Lo más frecuente es que se produzca la retracción sin dehiscencia mucocutánea completa¹⁶, con una umbilicación del estoma. El tratamiento en los casos leves es conservador. Si el hundimiento es importante, puede ser necesario revisar el estoma. Si la mucosa es viable y no hay una tensión excesiva, puede ser suficiente una revisión local para eliminar el tejido no viable, avanzar el asa intestinal y rehacer el estoma suturándolo a la piel¹⁷; si no es técnicamente factible, será necesario realizar una laparotomía, movilizar el asa y realizar un nuevo estoma.

Las alteraciones cutáneas constituyen las complicaciones precoces más frecuentes y se producen entre el 3-42% de los pacientes^{13,17-19} incluyen desde alteraciones leves como dermatitis irritativa de contacto o dermatitis alérgica hasta alteraciones graves como lesión mecánica, infección por *Candida* o necrosis cutánea con ulceración entre otras. Su incidencia es mayor en las ileostomías que

en las colostomías, debido a que en las ileostomías las heces son más líquidas y su emisión es más frecuente. Además, las enzimas proteolíticas y el contenido alcalino del íleo puede dañar la estructura epidérmica y provocar una excoriación cutánea^{13,18,20,21}.

En la revisión de la literatura, no hemos encontrado artículos de lesión mecánica asociada a varilla por lo que parece una complicación postoperatoria muy infrecuente y debería tenerse en cuenta ante casos de empeoramiento clínico y analítico en pacientes con ostomía de protección.

En nuestro paciente, encontramos factores de riesgo para complicaciones relacionadas con la ileostomía, como son la EII, la obesidad y la ausencia de consulta con una enfermera especializada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marusch F, Koch A, Schmidt U et al. Value of a protective stoma in low anterior resections for rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2002; 45:1164-71.
2. Giuliani D, Willemsen P, Van Elst F, Vanderveken M A. Defunctioning stoma in the treatment of lower third rectal carcinoma. *Acta Chir Belg* 2006; 106:40-3.
3. Dehni N, Schlegel RD, Cunningham C, Guiguet M, et al. Influence of a defunctioning stoma on leakage rates after low colorectal anastomosis and colonic J pouch-anal anastomosis. *Br. J. Surg.* 1998; 85:1114.
4. Matthiessen P, Hallbook O, Rutegard J, Simert G, Sjodahl R. Defunctioning stoma reduces symptomatic anastomotic leakage after low anterior resection of the rectum for cancer. A randomized multicenter trial. *Ann Surg* 2007; 246:207-14.
5. Morbilidad y mortalidad de la ileostomía derivativa temporal en la cirugía por cáncer de recto Lucinda Pérez Domínguez, María Teresa García Martínez, Nieves Cáceres Alvarado, Ángeles Toscano Novella, Antonio Pedro Higuero Grosso, José Enrique Casal Núñez Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España
6. Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Dis.* 2010 Oct;12(10):958-64.
7. Maydon GHG, Hernández FX, Esparza R, Belmonte C. Estomas intestinales: construcción y complicaciones. *An Med (MEX)*2011;56(4):205-209.
8. Ileostomías de protección: complicaciones y mortalidad asociadas a su cierre *Rev Esp Enferm Dig.*, 104 (2012), pp. 350-354
9. Morbilidad y mortalidad en relación con el cierre de ileostomías derivativas en la cirugía del cáncer de recto *Cir Esp.*, 84 (2008), pp. 16-19
10. Resultados clínicos del cierre de ileostomías en asa en pacientes intervenidos de cáncer de recto. Efecto de la quimioterapia en el tiempo de espera *Cir Esp.*, 88 (2010), pp. 308-313
11. Vázquez García MC, Poca Prats T. Manual de cuidados en ostomías. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 167-196.

12. Abcarian H, Pearl RK. Stomas. *Surg Clin North Am* 1988; 68:1295-1305.
13. Pearl RK, Prasad ML, Orsay CP *et al.* Early local complications from intestinal stomas. *Arch Surg* 1985; 120:1145-1147
14. Martí J, Tegido M, Poves J. Complicaciones de los estomas digestivos. En *Estomas: Valoración, tratamiento y seguimiento*. Ed. Doyma Barcelona 1999: 89-109.
15. Shellito PC. Complications of abdominal stoma surgery. *Dis Colon Rectum* 1998; 41:1562-1572
16. Gordon P, MacDonald J, Cataldo P. Intestinal stomas. En: *Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus*. Ed. Informa Healthcare 3ed. New York 2007: 1031-1079.
17. Kann BR. Early stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2008; 21:23-30
18. Park JJ, Del Pino A, Orsay CP *et al.* Stoma complications: the Cook County Hospital experience. *Dis Colon Rectum* 1999; 42:1575-1580.
19. Ratliff CR. Early peristomal skin complications reported by WOC nurses. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2010; 37: 505-510
20. Robertson I, Leung E, Hughes D *et al.* Prospective analysis of stoma-related complications. *Colorectal Dis* 2005; 7:279-285
21. Colwell JC, Ratliff CR, Goldberg M *et al.* MASD part 3: peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011; 38: 541-553.