

11209  
2  
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

INDICACIONES TERAPEUTICAS DE LA  
CECOSTOMIA

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE  
LA ESPECIALIDAD EN  
GIRUGIA GENERAL  
P R E S E N T A ;

DR. JOSE FERNANDO ALVAREZ-TOSTADO FERNANDEZ



IMSS

MEXICO, D. F.

276429

1999.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

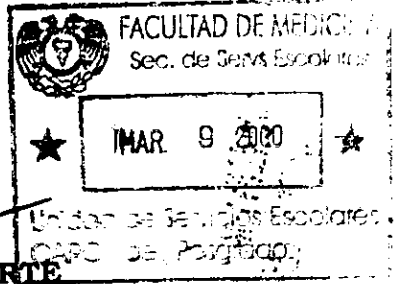


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



*Handwritten signature of Dr. Neils Wacher Rodarte*

**DR. NEILS WACHER RODARTE**

**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SXXI  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

*Handwritten signature of Dr. Roberto Blanco Benavides*

**DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES  
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SXXI  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

*Handwritten signature of Dr. Teodoro Romero Hernandez*

**DR. TEODORO ROMERO HERNANDEZ  
ASESOR DE TESIS  
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SXXI  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

*DEDICO ESTA TESIS A  
MIS PADRES Y  
HERMANAS, QUE SIN SU  
APOYO NO HUBIERA  
SIDO POSIBLE NADA.*

AGRADEZCO A TODOS  
MIS MAESTROS, EN  
ESPECIAL A MI REVISOR  
DE TESIS, DR. TEODORO  
ROMERO, QUE APARTE  
DE SER UN GRAN  
CIRUJANO ES UNA GRAN  
PERSONA.

A TODAS AQUELLAS  
PERSONAS CON LAS QUE  
ME ENCONTRE DURANTE  
EL DESARROLLO DE MI  
RESIDENCIA, Y QUE POR  
ALGUN MOTIVO  
DEJARON ALGUN  
RECUERDO EN MI.

A CASI TODOS MIS  
COMPAÑEROS DE  
RESIDENCIA, TANTO DE  
AÑOS SUPERIORES  
COMO INFERIORES, POR  
HACER EL TIEMPO MÁS  
GRATO, ESPECIALMENTE  
A MI AMIGO GUSTAVO  
MARTINEZ MIER.

*A LORENA, POR  
TOLERAR ESTOS  
TIEMPOS DIFICILES.*

# INDICE

<b>ANTECEDENTES</b>	<b>1</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>6</b>
<b>MATERIAL PACIENTES Y METODOS</b>	<b>8</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>9</b>
<b>DISCUSION</b>	<b>16</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>20</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

La creación de una cecostomía causa controversia, ya que algunos autores condenan este procedimiento mientras que otros la defienden. **OBJETIVO:** Determinar los diagnósticos, indicaciones, técnica quirúrgica, así como morbi-mortalidad relacionada al uso de la cecostomía en nuestro medio. **MATERIAL Y METODOS:** Se revisó retrospectivamente la edad, el sexo, antecedentes, la indicación de la cecostomía, así como la funcionalidad y las complicaciones relacionadas a su construcción y la mortalidad relacionada. **RESULTADOS:** En un periodo de 3 años se realizaron un total de 12 cecostomías. Todas realizadas como un procedimiento quirúrgico de urgencia. El diagnóstico preoperatorio más común fue la pseudo-obstrucción colónica. 83.34% de las cecostomía fueron funcionales. La morbilidad más frecuente fue la fuga alrededor del tubo de cecostomía. Ningún paciente falleció por complicaciones de la cecostomía. **DISCUSION:** Las ventajas de la cecostomía son su posible realización bajo anestesia local, tomando interés en pacientes en malas condiciones generales, además que es un procedimiento relativamente rápido. En esta serie, las funciones de la cecostomía cumplieron su objetivo para lo que fue indicada en el 83.34%.



## ANTECEDENTES

La cecostomía fue propuesta inicialmente por Littre en 1710 <sup>1</sup>, el cual la sugirió para pacientes con ano imperforado; fue realizada en un paciente postmortem, pero no la llevó a cabo posteriormente *in vivo*. La primera cecostomía publicada fue la realizada por Pillore de Rouen en 1776 <sup>2</sup>, quien la realizó como tratamiento de oclusión colónica. Desde entonces ha existido controversia entre muchos autores; algunos condenándola; sin embargo, muchos cirujanos persisten en defender su uso <sup>3-6</sup> y recientemente se establece que su empleo no es factor que influya en la morbilidad y mortalidad de los pacientes a los cuales se les realizó.

La cecostomía se ha realizado por diversas indicaciones, notablemente como un procedimiento de descompresión colónica <sup>3-14</sup>, posterior a una anastomosis distal como válvula de seguridad realizada por diversas circunstancias, principalmente por cáncer del colon izquierdo o rectosigmoides <sup>5-10,15-18</sup> o en la carcinomatosis como método paliativo <sup>9</sup>. También se ha indicado por estenosis

secundaria a enfermedad diverticular y en otras múltiples causas tales como la perforación y vólvulus cecal <sup>5,19,20</sup>, íleo paralítico, dilatación asociada con enfermedad inflamatoria intestinal de colon, megacolon tóxico, posterior a lesiones del colon por trauma <sup>12</sup>, posterior a apendicitis complicada con manejo de muñón apendicular difícil o en un divertículo cecal solitario <sup>9</sup>, en colitis isquémica, vólvulus de sigmoides, fistula colovaginal o en enfermedad de Hirschprung <sup>10</sup> así como en la pseudo-obstrucción del colon (Síndrome de Ogilvie); el cual es considerado por algunos como la única indicación posterior a la falla del tratamiento conservador o médico mediante colonoscopia <sup>15</sup> o cuando no se cuenta con colonoscopia dentro de los recursos.

Los autores que condenan este procedimiento argumentan una descompresión inadecuada, así como una desviación fecal incompleta y una alta morbilidad asociada <sup>10,15,19,21,22</sup> mientras que los que la defienden son cuidadosos en la indicación de la cecostomía y citan técnicas específicas para mantener en buena posición y función de la misma <sup>2-4,7,9,11,12,16,20,23-27</sup>.

Las indicaciones actuales para la realización de una cecostomía que en general son aceptadas son la falla al tratamiento mediante colonoscopia para el síndrome de Ogilvie, en casos de vólvulus cecal no complicado, perforación cecal aislada <sup>8</sup>. Otras indicaciones relativas en la actualidad son la protección de anastomosis distal y la descompresión colónica aguda <sup>8</sup>.

La cecostomía puede realizarse con cualquier tipo de anestesia, sin embargo cabe destacar que puede realizarse bajo anestesia local en pacientes en malas condiciones generales por diversas patologías concomitantes en las cuales un evento anestésico se encuentre contraindicado. Este procedimiento mediante anestesia local puede servir como terapéutica definitiva o para la preparación del colon en un procedimiento definitivo.

Se han reportado diferentes complicaciones relacionadas a la cecostomía. Las complicaciones principales son las referentes a la infección de herida quirúrgica <sup>10,11</sup> simple o complicada como fascitis de la pared abdominal o necrosis de esta <sup>19</sup>. Otras complicaciones incluyen la excoriación de la piel <sup>4</sup>, dehiscencia de la cecostomía y fistulización posterior al cierre <sup>4</sup>, enfisema subcutáneo <sup>16</sup>, prolapso

del epiplón mayor <sup>11</sup>, evisceración <sup>4</sup> y hernia postincisional en el sitio de la cecostomía <sup>5</sup>.

La mortalidad asociada a la realización de una cecostomía ha sido publicada en promedio de 7% <sup>5,9,11</sup>, existiendo cifras aún mas altas.

Sobre la base de tan diversos resultados, la cecostomía aún continúa siendo un procedimiento quirúrgico controvertido dentro de las diferentes armas terapéuticas del cirujano general.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La presente investigación se propone identificar cuales son las indicaciones actuales para la realización de una cecostomía y su morbilidad y mortalidad asociada en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

## OBJETIVOS

La presente investigación pretende alcanzar los siguientes objetivos:

- A. Determinar los diagnósticos mas frecuentes con respecto al uso de la cecostomía.
- B. Determinar las indicaciones mas frecuentes con respecto al uso de la cecostomía.
- C. Especificar las técnicas quirúrgicas empleadas para la construcción de la cecostomía.
- D. Verificar la funcionalidad de la cecostomía.
- E. Conocer la incidencia de complicaciones mas frecuentes de la realización de una cecostomía.

## **MATERIAL, PACIENTES Y METODOS**

Se revisaron retrospectivamente los expedientes de pacientes que tuvieron dentro de sus procedimientos quirúrgicos la realización de una cecostomía en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI en un período comprendido de enero de 1993 a diciembre de 1998. Las variables consideradas fueron: Edad, sexo, antecedentes personales patológicos, diagnóstico e indicación de la cecostomía. Se revisó el dictado postquirúrgico así como los diagramas de la técnica quirúrgica y el número de procedimientos realizados durante la cirugía, la funcionalidad de la cecostomía, las complicaciones relacionadas a su construcción y la mortalidad de los pacientes que se sometieron a dicho procedimiento.

## RESULTADOS

En un período de 6 años se realizaron un total de 12 cecostomías en un mismo número de pacientes (5 hombres y 7 mujeres). La edad media de los pacientes fue de 61.9 años con una edad mínima de 38 y máxima de 89 años. Diez pacientes tenían antecedentes personales patológicos previos a su padecimiento (4 pacientes con Diabetes mellitus, 6 pacientes con hipertensión arterial y 3 con patología neurológica). La totalidad de las cecostomías fueron realizadas como un procedimiento quirúrgico de urgencia. Seis cecostomías (50%) fueron realizadas como procedimiento quirúrgico único y las otras seis (50%) como procedimiento adicional al primario. Todas las cecostomías fueron realizadas con colocación de sonda mediante técnica de Stamm; en seis se empleó sonda de Foley y en los otros seis sonda de Levin (figuras 1 y 2). El diagnóstico preoperatorio más común fue la pseudo-obstrucción colónica en 3 pacientes (tabla 1). Las indicaciones para la realización de la cecostomía se muestran en la tabla 2.



En total; 10 pacientes tuvieron cecostomía funcional durante su utilización, 18 semanas en promedio, cumpliendo el objetivo por el cual fue indicada. La morbilidad asociada a la cecostomía se ejemplifica en la tabla 3. Ningún paciente falleció por falta de funcionamiento de la cecostomía.

**TABLA 1. DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES CON CECOSTOMIA**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Pacientes (%)</b>	<b>Procedimiento adicional (%)</b>
<b>Isquemia Intestinal</b>	1 (8,34)	100%
<b>Oclusión Intestinal</b>	2 (16.66)	100%
<b>Perforación cecal</b>	1 (8.34)	0%
<b>Cancer colon</b>	2 (16.66)	50%
<b>Obstrucción colónica</b>	2 (16.66)	100%
<b>Sd Ogilvie</b>	3 (25)	0%
<b>Pancreatitis</b>	1 (8.34)	0%

**TABLA 2. INDICACIONES EN EL USO DE LA CECOSTOMIA (n=12)**

<b>Indicación</b>	<b>Número de Pacientes (%)</b>
<b>Ferulización anastomosis proximal</b>	3 (25)
<b>Derivación lateral colónica</b>	3 (25)
<b>Perforación cecal</b>	1 (8.34)
<b>Ostrucción colónica distal</b>	2 (16.66)
<b>Descompresión colónica</b>	3 (25)

**TABLA 3. MORBILIDAD ASOCIADA**

<b>Tipo de Morbilidad</b>	<b>Número de pacientes (%)</b>
<b>Ninguna</b>	6 (50)
<b>Fuga alrededor de la cecostomía</b>	2 (16.66)
<b>Excoriación de piel</b>	3 (3.25)
<b>Desplazamiento y/o salida del tubo</b>	1 (8.34)

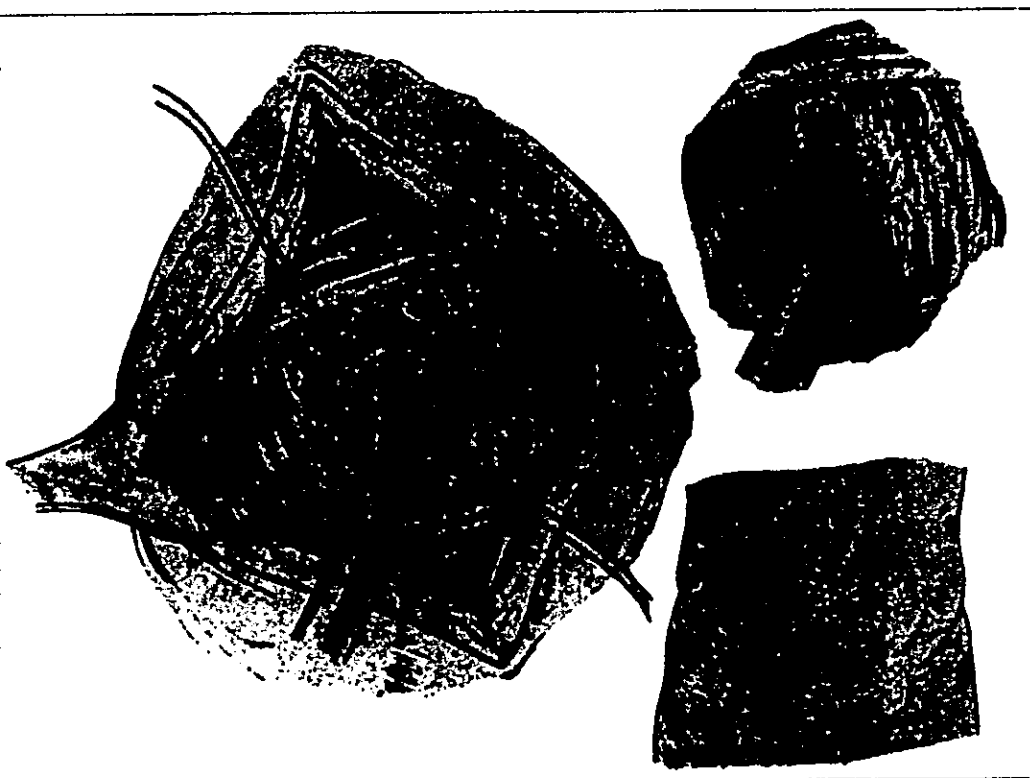


Figura 1

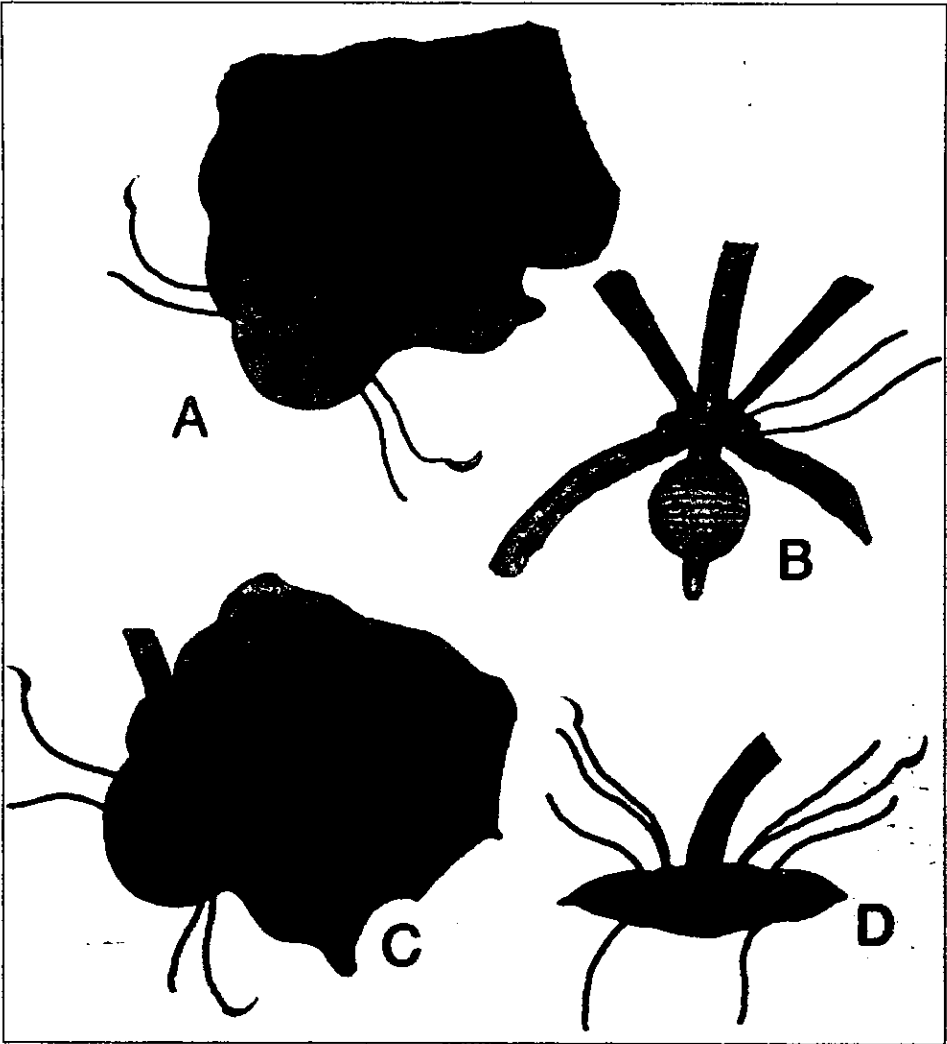


Figura 2

## DISCUSION

La principal indicación de cecostomía fue la descompresión colónica en seis pacientes causada por pseudo-obstrucción en tres enfermos. En tres pacientes se uso para la protección de una anastomosis proximal, exteriorizando las sondas de ferulización mediante una cecostomía, indicación que no se encontró en reportes de la literatura previos.

La comparación entre la cecostomía y la colostomía en asas como mecanismo de descompresión del colon se ha informado extensamente <sup>6, 7, 10, 11, 23-25, 28, 29</sup>. Las ventajas de la cecostomía son: relativa simplicidad en su realización, puede llevarse a cabo cuando existe una marcada distensión colónica, no interfiere en la movilización y resección de lesiones de colon izquierdo y su cierre puede no requerir intervención quirúrgica en el 80-100% de los pacientes, la que siempre se efectúa cuando se realiza una colostomía, lo que es una desventaja indiscutible de esta, ya que conlleva una larga estancia intrahospitalaria o

reinternamiento con un costo económico mayor y dificultad en el manejo de la colostomía antes de su cierre definitivo.

Otra ventaja de la cecostomía es su posible realización bajo anestesia local, principalmente en pacientes en malas condiciones y en los que en la anestesia general podría empeorar su situación. Además, la cecostomía puede ser un procedimiento relativamente rápido (30 minutos en promedio) <sup>3</sup>. En nuestro estudio, la cecostomía cumplió con su objetivo para lo que fue indicada en 10 pacientes (83.34%).

Se han diseñado diversas formas de realización de la cecostomía, sin embargo, la técnica más frecuente utilizada es la colocación de un catéter mediante técnica de Stamm, utilizada en todos nuestros pacientes. También se ha publicado la realización de la cecostomía mediante un método endoscópico percutáneo <sup>30</sup>.



Se ha sugerido que el tamaño del catéter debe ser proporcional al tiempo de permanencia de éste, dado que la persistencia de la fístula cecal posterior a su retiro se encuentra directamente relacionada con el diámetro de catéter.

El tiempo de persistencia de la fístula publicado por otros autores <sup>7,11</sup> va del 0% al 28%. En nuestra serie, la mayoría de las fístulas cerraron de 7 a 14 días después de retirar el catéter. Nosotros utilizamos para la construcción de la cecostomía 2 tipos de catéteres, en seis se realizó con sonda de Foley y en los otros seis con sonda de Levin. En 2 pacientes en quienes se emplearon sonda de Levin no se logró el objetivo de la cecostomía por desplazamiento de la sonda.

Se debe de tener especial cuidado postquirúrgico de la sonda de cecostomía, en especial importancia el que se realice lavado de la sonda de manera frecuente para que no se ocluya el catéter, y cumplir adecuadamente su función.

La morbilidad relacionada a la cecostomía se presentó en seis enfermos, siendo la excoriación de la piel alrededor del tubo de cecostomía la más común en tres

pacientes, seguido de la fuga alrededor de la cecostomía y desplazamiento del catéter en dos y tres pacientes respectivamente. Se ha informado en la literatura diferentes complicaciones relacionadas a la cecostomía que incluyen las anteriores con presentación del 2% hasta el 81% <sup>7,31</sup>.

Las complicaciones relacionadas con la cecostomía fueron de fácil manejo No se presentó tampoco ninguna fistula cecal de larga permanencia, cerrando en todos los caso sin necesidad de intervención quirúrgica sin aumentar la morbilidad y mortalidad de este procedimiento.

La mortalidad asociada a la realización de la cecostomía se ha informado desde el 0% <sup>4,7,8,12</sup> hasta el 50% publicado por Wangesteen <sup>32</sup> siendo otros informes más cercanos a la realidad con un promedio del 7% <sup>5,9,11</sup>. Nuestra mortalidad global fue del 50% (6 pacientes), sin embargo, ninguna de estas muertes estuvo directamente relacionadas con la cecostomía ya que 10 pacientes (83.34%) presentaron patología asociada lo que contribuyó a su fallecimiento.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## CONCLUSIONES

Esta revisión apoya la realización de la cecostomía en ciertas circunstancias, tales como en la pseudo-obstrucción colónica sin respuesta o en ausencia del tratamiento médico.

Las complicaciones relacionadas directamente con la cecostomía, las cuales no se presentaron en un 50% de nuestros pacientes, son de fácil manejo, como los cuidados de la piel excoriada alrededor de la cecostomía, así como cuando se presentó fuga alrededor del tubo de la cecostomía, teniendo en cuenta que estas complicaciones resultaron en la mayoría de los pacientes a los cuales se colocó sonda de Levin durante la construcción de la cecostomía, apoyando así el uso de la sonda de Foley, teniendo menor rango de complicaciones, y siendo más fácil su cuidado postoperatorio.

Nosotros sugerimos la realización de la cecostomía cuando sea necesario realizar la ferulización intestinal distal o cuando se realiza una anastomosis en

íleon terminal, como protección de esta y que las patologías del paciente lo permitan, ya que la fistula cecal resultante es de fácil manejo y en su mayoría pueden cerrar de forma espontánea.

Teniendo estos puntos a favor de la cecostomía, además de cumplir con su función en la mayoría de los casos, debe de tenerse en cuenta en las posibilidades del cirujano, siempre y cuando se realicen con técnica adecuada y sus cuidados postoperatorios sean los suficientes ya que pudiera ser la última posibilidad para ofrecerle a pacientes que se encuentran gravemente enfermos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Citado por: Dinnoek T. The origins and evolution of colostomy. *Br J Surg* 1934; 22: 142.
2. Citado por: Amussat JZ. Memories sur la Possibilité d'Etablir in Anus Artificiel dans la Région lombaire sans Pénétrer dans le Péritoine. P. 84, Paris, 1839, J.B. Bailière.
3. Gerber A. Thompson RJ Jr. Use of a tube cecostomy to lower the mortality in acute large intestinal obstruction due to carcinoma. *Am J Surg* 1965; 110: 893-896.
4. Westdahl PR. Russell T. In support of blind tube cecostomy in acute obstruction of the descending colon. Analysis of ninety-three emergency cecostomies. *Am J Surg* 1969; 118: 577-581.
5. King RD. Kaiser GC. Lemke RE. Shumacker HBJr. An evaluation of cateter cecostomy. *Surg Gynecol Obstet* 1966; 123: 779-786.
6. Clark DD. Hubay CA. Tube cecostomy: An evaluation of 161 cases. *Ann Surg* 1972; 175: 55-61.
7. Hopkins JE. Tube cecostomy-an appraisal. *Dis Colon Rectum* 1969; 12: 379-385.

8. Benacci JC. Wolff BG. Cecostomy: Therapeutic indications and results. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 530-534.
9. Jackson PP. Baird RM. Cecostomy. An analysis of 102 cases. *Am J Surg* 1967; 114: 297-301.
10. Rosenberg L. Gordon PH. Tube cecostomy revisited. *Can J Surg* 1986; 29: 38-40.
11. Balsev I. Jensen HE. Nielsen J. The place of cecostomy in the relief of obstructive carcinoma of the colon. *Dis Colon Rectum* 1970; 13: 207-210.
12. Huber PJ. Dreicer V. Hunt J. Cecostomy revisited. Still a useful operation. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 959-961.
13. Becker WF. Acute obstruction of the colon. An analysis of 205 cases. *Surg Gynecol Obstet* 1953; 96: 677-682.
14. Fallis LS. Transverse colostomy. *Surgery* 1946; 20: 249-256.
15. Goldenberg SM. Meese DL. Tube cecostomy. (letter). *Can J Surg* 1986; 29: 228-229.
16. Stainback WC. Christiansen KH. Salve JB. Complementary tube cecostomy. Evaluation of 16 year-experience with 235 cases. *Surg Clin North Am* 1973; 53: 593-601.

17. Rankin FW. The value of cecostomy as a complementary and decompressive operative. *Ann Surg* 1939; 110: 380.
18. Edmiston JM. Birbaum W. Complications from resection of the colon: An evaluation of complementary cecostomy. *Am J Surg* 1955; 90: 12-17.
19. Ravinobici R. Simansky DA. Kaplan O. Mavor E. Manny J. Cecal volvulus. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 765-769.
20. Smith WR. Goodwing JN. Cecal volvulus. *Am J Surg* 1973; 126: 215-222.
21. Goligher JC. Smiddy FG. The treatment of acute obstruction of perforation with carcinoma of the colon and rectum. *Br J Surg* 1957; 45: 270-274.
22. Moses Y. Weissberg D. Kaufman M. Weizbard E. Acute Pseudo-obstruction of the colon. *South Afr J Surg* 1991; 29: 18-20.
23. Maynard AD. Turrell R. Acute left obstruction with special reference to cecostomy versus transversostomy. *Surg Gynecol Obstet* 1955; 100: 667-674.
24. Campbell JA. Gunn AA. McLaren IF. Acute Obstruction of the colon. *J R Coll Surg Edinb* 1956; 1: 231-239.

25. Hughes ES. Cecostomy: a part of an efficient method of decompressing the colon obstructed by cancer. *Dis Colon Rectum* 1963; 63: 454-456.
26. Chartin H. Value of complementary cecostomy in geriatric. *Geriatrics* 1967; 22: 148-149.
27. Melzig EP. Terz JJ. Pseudo-obstruction of the colon. *Arch Surg* 1978; 113: 1186-1190.
28. Hunt CJ. Surface cecostomy versus right colon colostomy as the procedure of choice in decompressing the acutely obstructed colon due to extensive cancer. *West J Surg* 1959; 67: 101.
29. Hopkins JE. Acute colon obstruction-cecostomy or colostomy?. *Am J Proctol Gastroenterol Colon Rectal Surg* 1979; 30: 24-25.
30. Ponsky JL. Aszodi A. Perse D. Percutaneous endoscopic cecostomy: a new approach to nonobstructive colonic dilatation. *Gastrointest Endosc* 1986; 32: 108-111.
31. Hoffmann J. Jensen HE. Tube cecostomy and staged resection for obstructing carcinoma of the left colon. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 24-32.



32. Wangensteen OH. Intestinal obstruction: A physiological and clinical consideration with emphasis on therapy. 2<sup>nd</sup>. Ed., Thomas, Springfield, Ill. U.S.A. 1942.