

Colostomía endoscópica percutánea

Gerardo Martín Rodríguez,¹ Camilo Sebastián Canesín²

Unidad de Endoscopia Digestiva y Cirugía Miniinvasiva, Clínica del Ángelo SRL. Formosa, Argentina.

¹Cirujano Colorrectal, Endoscopista.

²Cirujano.

RESUMEN

Muchos casos de obstrucción mecánica benigna, pseudoobstrucción y otros trastornos se presentan en pacientes añosos y/o con comorbilidades que determinan un elevado riesgo para afrontarlos quirúrgicamente. El cirujano colorrectal cuenta con un procedimiento endoscópico desarrollado con el fin de lograr la resolución en esas circunstancias. Presentamos las indicaciones, técnica, contraindicaciones y complicaciones de la colostomía endoscópica percutánea para que sea tenida en cuenta en el algoritmo terapéutico de estos cuadros.

Palabras claves: Colonoscopia; Obstrucción colónica; Colostomía endoscópica

ABSTRACT

Many cases of benign mechanical obstruction, pseudo-obstruction, and other disorders occur in elderly patients and / or patients with comorbidities that pose a high risk for surgical treatment. The colorectal surgeon has an endoscopic procedure developed in order to achieve resolution in these circumstances. We present the indications, technique, contraindications and complications of percutaneous endoscopic colostomy so that it is taken into account in the therapeutic algorithm of these conditions.

Keywords: Colonoscopy; Colonic Obstruction; Percutaneous Endoscopic Colostomy

INTRODUCCIÓN

La colostomía endoscópica percutánea es un procedimiento endoscópico en el cual un tubo plastificado es colocado en el colon (sigmoides, ciego o transverso, más frecuentemente) para lograr la descompresión o la irrigación del intestino grueso.¹

Puede llevarse a cabo en pacientes que no pueden ser abordados quirúrgicamente, en ciertas condiciones donde las medidas higiénico-dietéticas o mini-invasivas no son suficientes y se encuentra alterada de manera significativa su calidad de vida.

Son indicaciones: vólvulo del colon sigmoides recurrente (Fig. 1), pseudo-obstrucción, constipación funcional, incontinencia fecal y constipación crónica causada por afecciones neurológicas.

El fundamento es fijar el colon a la pared abdominal anterior mediante la colocación de uno o más tubos, con tracción directa y posteriormente fibrosis, para evitar la rotación y el desplazamiento del intestino logrando descomprimir y pudiendo lavar a través de ellos.²

Presentamos la técnica de sigmoidostomía endoscópica percutánea como opción terapéutica del vólvulo recurrente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se procede con la técnica de Ponsky.¹⁻³ Con el paciente

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Gerardo Martín Rodríguez

drgmrodriguez@gmail.com

Recibido: febrero de 2021. **Aceptado:** mayo de 2021.

en decúbito dorsal, bajo anestesia general con intubación o con sedación, se utiliza un set para gastrostomía endoscópica percutánea (Fig. 2).

Se puede llevar a cabo con o sin preparación intestinal mecánica y siempre con antibioticoterapia que continúa en el postoperatorio.

Como primer paso se realiza una colonoscopia para determinar por transiluminación el sitio de colocación de uno o más tubos. Generalmente, se elige la parte media del colon sigmoides, aunque supeditado a la afección que se pretende resolver y las características del paciente (Fig. 3).

Técnica

El procedimiento consiste en:

1. Si se trabaja bajo sedación, infiltrar la pared abdominal con anestesia local en el sitio elegido.
2. Colocar el trócar con aguja en el colon bajo visión endoscópica directa.
3. Pasar el hilo guía a través del trócar.
4. Tomar el hilo guía con el ansa y retirarlo por el ano.
5. Montar el tubo de colostomía con la guía.
6. Colocar el tubo tirando desde el abdomen y deslizándolo a través del ano (técnica “pull-through” o “por tracción”) (Fig. 4).
7. Fijar el tubo a la pared abdominal, con dispositivo acorde y/o puntos de sutura a la piel (Fig. 5).
8. Realizar una nueva colonoscopia para chequear la posición del tubo colocado (Figs. 6, 7 y 8).

Las contraindicaciones incluyen: fallo en la transiluminación, sepsis, infección de la pared abdominal, signos de isquemia o perforación colónica y obstrucción intestinal mecánica.



Figura 1: Mujer de 95 años con vólculo recidivado del colon sigmoides.



Figura 2: Set de gastrostomía endoscópica percutánea de 24 F.

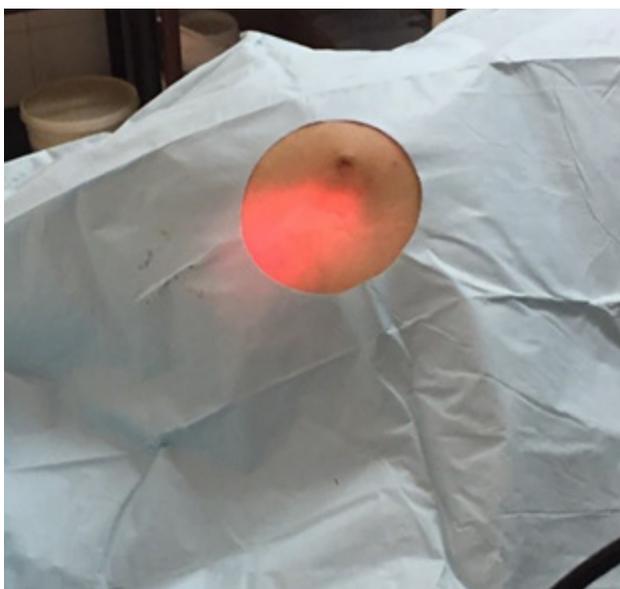


Figura 3: Localización del sitio por videocolonoscopia y transluminación.

Complicaciones

Las complicaciones inmediatas registradas son: infección del sitio de colocación, sangrado, dolor, filtración de la colostomía y peritonitis, granulomas, hundimiento, erosión, migración y retiro accidental o voluntario del tubo. En general, se reporta una alta tasa de complicaciones,



Figura 4: Colocación del tubo "por tracción".



Figura 5: Tubo colocado.



Figura 6: Control endoscópico.



Figura 7: Paciente pre y pos colocación del tubo.

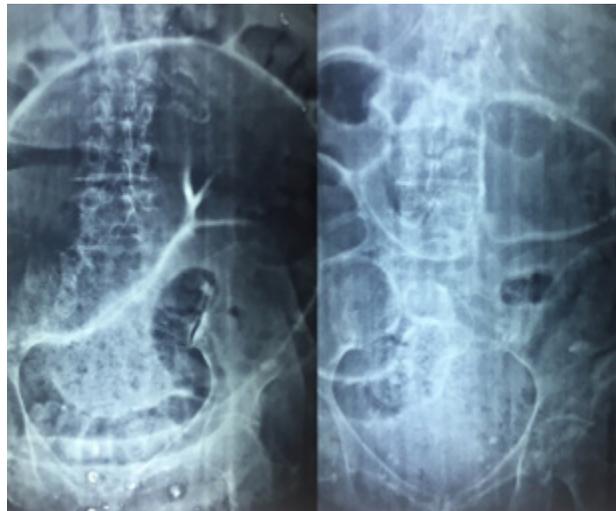


Figura 8: Control radiológico previo y a las 48 h de la colostomía endoscópica percutánea.

sobre todo infecciosas, del 21 al 77 % con 5 a 9,7 % de mortalidad.^{1,2,4} Como morbilidad alejada se menciona la peritonitis por filtración.

CONCLUSIÓN

No existe definición sobre el diámetro del tubo a utilizar, que varía en las diferentes publicaciones entre 12 y 24 French.

Asimismo, se plantean controversias sobre el número de

tubos a colocar y el tiempo de permanencia, que varía según los reportes entre 1 y 26 meses. Al parecer es mejor utilizar dos tubos, por un tiempo mínimo de 7-8 meses, sobre todo para el tratamiento del vólvulo recurrente del colon sigmoides.

La colostomía endoscópica percutánea se muestra como una alternativa válida para tratar pacientes que no pueden ser intervenidos quirúrgicamente. Es un procedimiento de endoscopia terapéutica que requiere experiencia y ya es avalada por las guías internacionales.⁴⁻⁷

REFERENCIAS

1. Cowiam S, Watson C, Eltringham M, Bain I, Barrett P, Green S, et al. Percutaneous endoscopic colostomy of the left side of the colon. *Gastrointest Endosc* 2007;65:1007-14.
2. Tun G, Bullas D, Bannaga A, Said EM. Percutaneous endoscopic colostomy: a useful technique when surgery is not an option. *Ann Gastroenterol* 2016;29:477-80.
3. Strijbos D, Keszthelyi D, Masclee AAM, Gilissen LPL. Percutaneous endoscopic colostomy for adults with chronic constipation: Retrospective case series or 12 patients. *Neurogastroenterol Motil* 2018;30:e13270.
4. Frank L, Moran A, Beaton C. Use of percutaneous endoscopic colostomy (PEC) to treat sigmoid volvulus: a systematic review. *Endosc Int Open* 2016;4:E737-41.
5. Naveed M, Jamil LH, Fujii-Lau L, Al Haddad M, Buxbaum JL, Fischman DS, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy Guideline on the role of endoscopy in the management of acute colonic pseudo-obstruction and colonic volvulus. *Gastrointest Endosc* 2020;91:228-35.
6. Vogel JD, Feingold DL, Stewart DB, Turner JS, Boutros M, Chun J, et al. Clinical Practice Guidelines for colon volvulus and acute colonic pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum* 2016; 59:589-600.
7. Jakson S, Hamed MO, Shabbir J. Management of sigmoid volvulus using percutaneous endoscopic colostomy. *Ann R Coll Surg Engl* 2020;102:654-62.