

## Notas clínicas

# Tratamiento conservador de la dehiscencia mucocutánea de colostomía terminal para evitar reintervención quirúrgica

*Conservative treatment of mucocutaneous dehiscence of terminal colostomy to avoid surgical reintervention*

M.R. Domínguez-Reinado, S. Martín-Arroyo, R. Pérez-Ruiz, F. Mateo-Vallejo, F.J. García-Molina

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera. Cádiz.

## RESUMEN

La realización de un estoma intestinal forma parte del tratamiento quirúrgico de las patologías benignas y malignas del tracto gastrointestinal. El estoma u ostomía se puede definir como la abertura artificial creada quirúrgicamente para comunicar una víscera hueca con el exterior. Procede del griego “stoma” que significa boca<sup>1</sup>.

Los estomas digestivos se clasifican en permanentes o temporales según su finalidad y en terminales o en asa desde el punto de vista morfológico. Se estima que al menos la mitad de los pacientes que portan estoma intestinal van a tener alguna complicación relacionada con el mismo, aunque estos datos varían según los autores, alcanzando el 70-80%<sup>1-4</sup> en algunas series e incluso hasta el 96% en las tres semanas postoperatorias<sup>2</sup>.

Se presenta un caso, de un paciente portador de colostomía terminal por diverticulitis perforada que se complicó con una

estenosis y tras someterse a plastia de la colostomía de forma programada cursó con dehiscencia mucocutánea.

La dehiscencia mucocutánea es una complicación precoz de los estomas digestivos y puede suponer una reintervención quirúrgica urgente. En nuestro caso, gracias a los cuidados de la estomaterapeuta del hospital se pudo llevar a cabo un tratamiento conservador.

**Palabras clave:** estoma, estomaterapeuta, dehiscencia mucocutánea.

## ABSTRACT

The realization of an intestinal stoma is part of the surgical treatment of benign and malignant pathologies of the gastrointestinal tract. These stoma may be ileostomies or colostomies depending on the segment of intestine involved and are classified as temporary or definitive<sup>1</sup>.

It is estimated that at least half of patients with an intestinal stoma will have some complication in relation to it, although estimates vary according to the authors, reaching 70-80%<sup>1-4</sup> in some series and even up to 96% in the three postoperative weeks<sup>2</sup>.

### CORRESPONDENCIA

Silvia Martín Arroyo  
Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera  
11407 Jerez de la Frontera (Cádiz)  
[smartin2910@gmail.com](mailto:smartin2910@gmail.com)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Domínguez Reinado MR, Martín Arroyo S, Pérez Ruiz R, Mateo Vallejo F, García Molina FJ. Tratamiento conservador de la dehiscencia mucocutánea de colostomía terminal para evitar reintervención quirúrgica. Cir Andal. 2019;30(2):249-52.

We present a case of a patient with a terminal colostomy as a result of perforated diverticulitis who presented a ostomy stenosis and after the repair surgery of this complication presented a mucocutaneous dehiscence.

Mucocutaneous dehiscence is an early complication of digestive stoma and may require urgent surgical reintervention. In our case, thanks to the care of the hospital stoma therapist of, conservative treatment could be carried out.

**Keywords:** stoma, stoma therapist, mucocutaneous dehiscence.

## INTRODUCCIÓN

Las complicaciones precoces de los estomas representan entre el 39% y el 82%<sup>3</sup> de todas las complicaciones (precoces y tardías) e implican una peor calidad de vida y un aumento del coste sanitario.

La estenosis es una complicación tardía, con una incidencia en torno al 2-15%<sup>2</sup>. Es más frecuente en la unión mucocutánea aunque puede afectar a cualquier nivel de la pared abdominal.

Entre las complicaciones precoces (antes del primer mes postoperatorio) podemos encontrar la necrosis, la hemorragia, la infección o la dehiscencia mucocutánea. Las complicaciones tardías incluyen las que aparecen a partir del mes de la cirugía como la irritación/dermatitis, la estenosis, el prolapso o la hernia paraestomal<sup>4</sup> (**Tabla 1**).

**Tabla 1.** Incidencia y clasificación de las complicaciones de los estomas digestivos con aire extraluminal

Complicaciones precoces	Complicaciones tardías
Alteraciones hideolectrolíticas (20-29%)	Cutáneas: fistula, ulceración (12-43%)
Cutáneas: dermatitis, foliculitis (6-42%)	Malposición (8-43%)
Dehiscencia mucocutánea (7-25%)	Prolapso (2-25%)
Hundimiento/Retracción (3-35%)	Estenosis (2-15%)
Infección/absceso (2-15%)	Hernia paraestomal (0-52%)
Necrosis (1-34%)	
Obstrucción intestinal (2-7%)	
Sangrado (2-3%)	

Entre los factores de riesgo podemos nombrar la enfermedad inflamatoria intestinal, la comorbilidad musculoesquelética, el índice de masa corporal o la cirugía de urgencia<sup>4,5</sup>.

La incidencia de dehiscencia mucocutánea de estoma se encuentra entre el 7% y el 25% de los pacientes y puede estar limitada a un sector o ser toda la circunferencia lo que supone, a su vez, un factor de riesgo que predispone a la estenosis del estoma<sup>6</sup>.

La realización del estoma con excesiva tensión o una diferencia de diámetro entre el orificio de la piel y el intestino exteriorizado son causas de dehiscencia mucocutánea. El diámetro aproximado de la incisión cutánea debe ser de 2 cm circular, preservando la grasa subcutánea<sup>7</sup> algo que en nuestro paciente, con una obesidad de predominio troncular resultó dificultoso.

Las dehiscencias de estomas son preocupantes porque pueden dar lugar a vertido de contenido intestinal intraabdominal, o a abscesos de pared abdominal.

En el tratamiento de esta complicación, la estomaterapeuta tiene un papel fundamental, tanto en la fase preoperatoria (donde participa en la prevención de las posibles complicaciones) como asesor especializado, como en la fase de seguimiento, para que el paciente se adapte con mayor facilidad y recupere su independencia lo antes posible<sup>8</sup>. Lo que nos indica la cantidad de recursos sanitarios y la morbilidad que podría evitarse con la especialización en este ámbito de la enfermería (estomaterapeutas) de un hospital en el que se realice cirugía colorrectal.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 75 años con IMC de 41,7 de predominio troncular y con antecedentes personales de EPOC, Diabetes Mellitus tipo II e hipertensión arterial; portador colostomía terminal en flanco izquierdo tras diverticulitis complicada (Hartmann), que acude a consultas externas por complicaciones con el estoma (estenosis).

A la exploración física: abdomen globuloso, blando y depresible. Eventración de gran tamaño en línea media supra-infraumbilical, sin datos de complicación. Colostomía estenótica (menor de un centímetro de orificio de salida) en flanco izquierdo, con extremo de aspecto fibroso que apenas deja visualizar la mucosa colónica.

En primer lugar se decide iniciar tratamiento conservador de la estenosis, con dispositivos dilatadores (tapón obturador) por parte de estomaterapeuta, sin éxito; decidiéndose cirugía programada: plastia del estoma.

En el postoperatorio se observa desprendimiento parcial de la colostomía, por lo que se resutura a piel, iniciando tratamiento conservador de la dehiscencia en un principio (**Figura 1**).

En este tratamiento se usaron varios dispositivos, incluyendo anillos de barrera convexos con barrera cutánea Flexend (previenen que el efluente del estoma se filtre debajo de la barrera), polvos para estomas Hollister® (absorben la humedad de la piel lesionada periestomal, permitiendo que la barrera se adhiera mejor y proteger la piel) o tiras de barrera cutánea Hollister® moldeables para rellenar irregularidades y depresiones en el área periestomal. Algunos de estos dispositivos se desecharon y otros se usaron hasta el final.

El paciente, tras doce meses de la plastia del estoma continúa en seguimiento por estomaterapeuta del hospital con buena evolución y no ha necesitado reintervención gracias a los cuidados de enfermería (**Figura 2**).



**Figura 1**

En la Figura 2 se aprecia dehiscencia mucocutánea del borde inferior y medial. Situación en la que se encontraba el paciente el postoperatorio inmediato de la cirugía por plastia del estoma.



**Figura 2**

Imagen que representan la evolución del estoma tras los cuidados de enfermería. Se aprecia el resultado final, a los doce meses postoperatorios.

## DISCUSIÓN

Como ya se ha mencionado previamente, las complicaciones de los estomas son muy frecuentes, padeciéndolas más de la mitad de los pacientes portadores de estomas.

En este caso se expone una complicación precoz, la dehiscencia mucocutánea, como consecuencia de una reintervención por una complicación tardía, la estenosis, en un paciente con varios factores de riesgo para su complicación, como son la cirugía de urgencia, la edad, la comorbilidad (EPOC y diabetes mellitus) y la obesidad.

En el tratamiento de las estenosis, se pueden emplear, de inicio, medidas dietéticas y curas locales. Si con este tratamiento conservador no se resuelve, su corrección implica la confección del estoma mediante intervención quirúrgica<sup>9</sup> o realización de plastia, como en el caso descrito.

En las dehiscencias en las que no se produce hundimiento, como en este caso, unos cuidados de enfermería adecuados ahorran al paciente el tener que someterse a una nueva cirugía, y ayudan a mantenerlo libre de graves complicaciones.

Estas curas deben ser exhaustivas y por parte de enfermería con experiencia; manteniendo limpio el espacio subcutáneo hasta el cierre de la dehiscencia por segunda intención<sup>10</sup>. Otra opción de tratamiento, sin precisar cirugía, son las curas mediante sistemas de vacío, que en nuestro caso no fueron necesarias debido a la buena evolución del paciente.

Con este caso se quiere recalcar la importancia de la labor del estomaterapeuta, siendo necesaria su existencia en todos los hospitales en los que se lleven a cabo cirugías colorrectales. Es un pilar fundamental tanto en la prevención de las complicaciones (marcaje prequirúrgico, enseñanza del paciente, etc.) como en el tratamiento. En este caso, gracias al tratamiento conservador por parte de estomaterapeuta del hospital evitamos una reintervención quirúrgica en un paciente obeso, EPOC y de edad avanzada, con todos los recursos sanitarios y la comorbilidad asociada que hubiera supuesto.

La enfermería no sólo es indispensable para la prevención y el tratamiento de las complicaciones del estoma si no también para paliar el impacto psicológico y social al que se ven sometidos los pacientes ostomizados; con sus curas y recomendaciones consiguen que el paciente sea capaz de aceptar su nueva situación, muchas veces definitiva, y volver a su vida normal.

En el estudio de Bonill-de las Nieves *et al.*<sup>11</sup>, que describe la percepción de los pacientes ostomizados sobre los cuidados de salud y recomendaciones recibidas, se concluye que los pacientes demandan enfermeras mejor preparadas y especializadas, mayor información sobre el día a día de un paciente con ostomía (relaciones sexuales, deporte, vida laboral, viajes, etc.) y recomendaciones para mejorar los cuidados y así facilitar su adaptación al nuevo estado de portar un estoma digestivo.

En nuestro país, hay pocos hospitales que cuenten con consultas de estomaterapia o que sigan algún protocolo de enseñanza para esa atención especializada en el periodo pre y post quirúrgico. La falta de

información adecuada con la que estos pacientes se encuentran al alta hace que su autocuidado se vea afectado y resulte dificultoso<sup>12</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Peter C. Ambe\*, PD Dr.\* Nadja Rebecca Kurz\*, Claudia Nitschke, Siad F. Odeh, Dr., Gabriela Möslein, Prof, and Hubert Zirngibl, Prof. Intestinal Ostomy Classification, Indications, Ostomy Care and Complication Management. *Dtsch Arztebl Int.* 2018 Mar; 115(11): 182–187. [DOI: [10.3238/arztebl.2018.0182](https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0182)]
2. Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Dis* 2010; 12 (10):958-964
3. Cottam J, Richards K, Hasted A et al. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis* 2007; 9:834-838
4. Zhou X, Wang B, Li F, Wang J, Fu W. Risk factors associated with non closure of defunctioning stomas after sphincter-preserving low anterior resection of rectal cancer: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum.* 2017;60:544–554
5. Duchesne JC, Wang Y, Weintraub SL et al. Stoma complications: a multivariate analysis. *Am Surg* 2002; 68:961–966
6. Parmar KL, Zammit M, Smith A et al. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Colorectal Dis* 2011; 13:935-938
7. Harris DA, Egbeare D, Benjamin H et al. Complications and mortality following stoma formation. *Ann R Coll Surg Engl* 2005; 87:427-431.
8. Kann BR. Early stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2008; 21:23-30
9. Chun LJ, Haigh PI, Tam MS et al. Defunctioning loop ileostomy for pelvic anastomosis: predictors of morbidity and nonclosure. *Dis Colon Rectum* 2012; 55:167-174.
10. Ratliff CR. Early peristomal skin complications reported by WOC nurses. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2010; 37: 505-510
11. Bonill-de las Nieves C et al. Ostomy patients' perception of the health care received. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*2017;25:e2961. [DOI: [10.1590/1518-8345.2059.2961](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2059.2961)]
12. Danielsen AK, Soerensen EE, Burcharth K, Rosenberg, J. Learning to live with a permanent intestinal ostomy. Impact on everyday and educational needs. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;40(4):407 [DOI: [10.1097/WON.0b013e3182987e0e](https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182987e0e)]