

COMPARACION DE LA COLOSTOMIA Y EL CIERRE PRIMARIO

EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS DE COLON

GONZALO MUÑOZ R., M.D.*

CARLOS MANZANO., M.D.**

RODRIGO GUERRERO V., M.D.***

La existencia de dos hospitales en Cali, Colombia, que han mantenido políticas diferentes en el tratamiento de las heridas de Colon, nos ha permitido comparar en una forma casi experimental, los beneficios del cierre primario y la colostomía. Se comparó un total de 149 casos de cierre primario contra 107 colostomías. La mortalidad y la morbilidad favoreció en todas las situaciones al cierre primario. Los hallazgos de este estudio refuerzan grandemente las dudas sobre el beneficio de la colostomía rutinaria y sugieren que el cierre primario puede ser de mucha utilidad, al menos en el tratamiento de las heridas de colon observadas en la práctica civil de hoy en día.

INTRODUCCION

Las heridas de colon son un problema bastante frecuente en nuestro medio y sinembargo su manejo no ha sido resuelto de forma definitiva. Dos escuelas diferentes se han desarrollado en relación al tratamiento de estas lesiones sin que hasta el momento se haya podido dilucidar cual es la correcta. Los informes recogidos en la literatura médica mundial no aclaran suficientemente el medio más adecuado de tratamiento y se encuentran, con frecuencia, dogmas y pautas no documentados adecuadamente^{1,2,3,4}.

La colostomía como tratamiento para las lesiones de colon se originó en los traumatismos de guerra y su introducción se acompañó de un descenso drástico en la mortalidad por este tipo de heridas durante la II guerra mundial y la guerra de Corea^{5, 6}. Esta evidencia indujo a la adopción de la colostomía como práctica obligatoria en muchos centros médicos del mundo para todas las

heridas del colon. Sinembargo, el tipo de herida, la naturaleza del arma causante, las condiciones ambientales donde se producen, el tiempo que transcurre entre la herida y el tratamiento hacían pensar que las heridas de colon observadas en la práctica civil eran diferentes. Además, el desarrollo de los nuevos antibióticos y el perfeccionamiento de las técnicas anestésicas y del manejo del shock, hicieron pensar válidamente que el dogma de la colostomía obligatoria en las heridas de colon debía ser revisado.

Desde el informe inicial de Woodhall⁵ el papel del cierre primario en las heridas de colon ha venido siendo revaluado. Hoy en día algunos autores lo practican rutinariamente en lesiones puntiformes, pequeñas⁷ o en el tratamiento de lesiones ocurridas antes de 6 horas⁸ o cuando están localizadas en colon derecho⁹.

La mayoría de los estudios revisados muestran al cierre primario como un tratamiento mejor o al menos igual a la colostomía^{3,4,5,6,7,10,11,12} pero, como algunos autores lo han anotado, estos resultados deben interpretarse con extremo cuidado ya que es muy posible que el tipo de tratamiento haya sido determinado por la severidad de la lesión. Es posible que en los estudios mencionados, los casos que recibieron cierre primario hubieran sido menos severos y que ésta sea la explicación de los resultados.

La conyuntura de tener en Cali, Colombia, dos instituciones hospitalarias : el Hospital de " San Juan de Dios" (H.S.J.D.) y el Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" (HUVEG) que han practicado conduc-

* Residente de Tercer año de Cirugía en el HUVEG, actualmente en el Hospital Francisco de Paula Santander, Santander de Quilichao, Cauca.

** Profesor Auxiliar, Departamento de Cirugía, Universidad del Valle, Cali.

*** Profesor Auxiliar, Departamento de Medicina Social, Universidad del Valle, Cali.

tas diferentes frente a las heridas de colon, nos ha permitido hacer una evaluación del cierre primario y la colostomía en una forma mejor controlada.

MATERIAL Y METODOS :

Los archivos del Hospital Universitario del Valle " Evaristo García " (HUVEG), un hospital universitario de 300 camas y el Hospital de " San Juan de Dios," (HSJD) un hospital general de 200 camas, fueron revisadas personalmente por uno de nosotros (GMR). El HUVEG adoptó la política de colostomía obligatoria para todas las heridas de colon en el año 1961. El HSJD ha mantenido siempre la política del cierre primario. Todas las historias de laparatomías practicadas en los dos hospitales durante los años 1956-1968, fueron revisadas y se seleccionó aquellas con heridas del colon. La información pertinente fue trasladada a un cuestionario diseñado especialmente. Posteriormente toda la información se pasó a tarjeta para procesamiento electromagnético.

RESULTADOS :

Un total de 276 casos fueron recogidos en la forma mencionada, 195 provenientes del HUVEG y 81 del HSJD. Una alta proporción de los casos (84.6%) fueron hombres. La mayoría de los casos (44.2%) estaban entre 20-29 años. Estos dos hallazgos son consistentes con los de la literatura mundial^{4,5,8}.

En 105 casos (37.8%) la lesión fué producida por bala y en 130 (46.8%) por cuchillo o punzón. De los casos restantes 14 eran de origen iatrogénico, 11 por perdigón, 5 por trauma cerrado de abdomen y 11 por otras causas.

CUADRO No. 1
TIPO DE TRATAMIENTO SEGUN SITIO DE HOSPITALIZACION
PACIENTES CON HERIDAS DE COLON
CALI 1956 - 1968

	H.U.V.E.G	H.S.J.D	TOTAL
CIERRE PRIMARIO*	74	75	149
COLOSTOMIA PRIMARIA**	103	4	107
CECOSTOMIA	10	1	11
NINGUN TRATAMIENTO	8	1	9
TOTAL	195	81	276

* Se incluyeron aquí 11 pacientes a los que después del cierre hubo de hacérseles colostomía por complicación.

** Incluye 69 pacientes con exposición de la herida a la pared abdominal y 38 con colostomía proximal a la lesión.

El cuadro No. 1 muestra la distribución de los tratamientos según el Hospital. Como puede observarse claramente, la casi totalidad de las heridas de colon tratadas en HSJD

recibieron cierre primario y a la mayoría de las mismas se les practicó colostomía primaria en HUVEG. Los cierres primarios que aparecen en el HUVEG fueron realizados, en su mayor parte, antes de 1961. Para efecto de los análisis posteriores todas las colostomías fueron tratadas en forma conjunta sin tener en cuenta el hospital donde se practicaron. Se hizo entonces una comparación entre la mortalidad (Cuadro No. 2) y la morbilidad (Cuadro No. 3) observada en ambos grupos. Según puede observarse todos los indicadores seleccionados mostraban el cierre primario como tratamiento más favorable. Tanto la mortalidad temprana (primeras 48 horas después del acto quirúrgico), como la tardía, favorecen el cierre primario. Igual ocurre con la frecuencia de complicaciones. Al analizar las reintervenciones se incluyó la obligatoria para realizar el cierre de la colostomía ya que esta es una limitación propia de este tratamiento.

CUADRO No. 2
MORTALIDAD SEGUN TIPO DE TRATAMIENTO
PACIENTES CON HERIDAS DE COLON
CALI 1956 - 1968

	CIERRE PRIMARIO	COLOSTOMIA
Mortalidad Global	16 (10.7%)	17 (15.9%)
Mortal. antes de 48 horas	9 (6.0)	9 (8.4)
Mortal. después de 48 horas	7 (4.7)	8 (7.5)
Promedio Hospitalización (Semanas)	2.5	4.4

Por no tratarse de un estudio experimental en el cual los casos se asignan aleatoriamente a cada tipo de tratamiento, cabía la posibilidad de que los casos que recibieron colostomía fueran más graves o hubiesen sido diferentes en algún factor que explicara los resultados. Para resolver esta dificultad se hicieron una serie de comparaciones entre los dos grupos tratando de ver en que aspectos diferían estos dos grupos. No se encontraron diferencias estadísticamente significantes en edad, causa de lesión, tiempo transcurrido entre la lesión y la hospitalización, número de heridas en el colon y la presencia de lesiones extra abdominales asociadas. Sin embargo, se encontraron algunas diferencias significantes en el estado de shock (Cuadro No. 4) y el sitio de la lesión (Cuadro No. 5). Al analizar el estado de shock encontramos que la proporción de shocks moderados y graves es muy similar en ambos grupos y que la significancia estadística se debe principalmente a que hay una mayor proporción de shock leves en el grupo de las colostomías y sin shock en el grupo del cierre primario. Es difícil entender las diferencias observadas en base a este hallazgo. Por otro lado se observó que la proporción de heridas en colon izquierdo, tradicionalmente considerado como más peligrosas, era mayor en

MORBILIDAD COMPARATIVA ENTRE PACIENTES CON
CIERRE PRIMARIO Y COLOSTOMIA
PACIENTES CON HERIDAS DE COLON
CALI 1956 - 1968

	CIERRE PRIMARIO	COLOS- TOMIA	TOTAL
	%	%	
Complicaciones abdominales *	123 (83)	97 (91)	220
Complicaciones extra-abdominales *	50 (34)	62 (58)	112
Reintervenciones **	51 (34)	114 (111)	165
Rehospitalizaciones **	29 (20)	76 (71)	105

* Cada complicación se contabilizó individualmente y por consecuencia un determinado paciente puede haber tenido más de una.

** Incluyendo las causadas por el cierre de la colostomía.

el grupo de colostomía. Sin embargo, al hacer las comparaciones por sitio específico (Cuadro No. 5) se observa también que todos los indicadores favorecen el cierre primario.

Una última posible explicación podía ser que la calidad de la atención en las dos instituciones fuera diferente y explicara los resultados. Para explorar este aspecto decidimos comparar los dos tipos de tratamiento en el HUVEG, administrados ambos por el mismo equipo médico. El Cuadro No. 6 muestra como, en este caso también, todos los indicadores favorecen al cierre primario.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON CIERRE PRIMARIO Y
COLOSTOMIA DE ACUERDO CON SU ESTADO DE SHOCK AL
INGRESO AL HOSPITAL
PACIENTES CON HERIDAS DE COLON
CALI - 1956 - 1968

ESTADO DE SHOCK	CIERRE PRIMARIO	COLOS- TOMIA	TOTAL
	%	%	
NO	58 (38.2)	27 (25.1)	85
LEVE	42 (27.7)	50 (46.5)	92
MODERADO	19 (12.5)	15 (13.9)	34
GRAVE	24 (15.8)	14 (13.0)	38
SIN DATO	6 (3.9)	1 (0.9)	7
TOTAL	149	107	256

CHI CUADRADO 11,20 P 0.02
SIGNIFICANTE

Los hallazgos de este estudio ponen en tela de juicio la validez de la práctica, en algunos sitios considerada como dogma, de tratar todas las heridas de colon con colostomía. Según se mencionó anteriormente esta práctica se originó en el tratamiento de las heridas de colon durante la II guerra mundial. Es fácil pensar que la situación es fundamentalmente diferente al considerar las heridas de colon observadas en la práctica civil en el tiempo actual. El arma ofensiva más frecuente fue el cuchillo o el punzón y aunque un porcentaje apreciable era por bala (37.8%), puede pensarse que estas lesiones sean más leves que las causadas por armas de alta potencia o a los destrozos de una granada. Más de un 60% de los casos no tenían ninguna otra herida asociada a la lesión del colon, situación que posiblemente no se encuentra en las heridas de guerra.

CUADRO No. 5

MORBILIDAD COMPARATIVA ENTRE PACIENTES CON
CIERRE PRIMARIO Y COLOSTOMIA SEGUN LOCALIZACION
DE LA HERIDA.
PACIENTES CON HERIDAS DE COLON
CALI - 1956 - 1968

	CIERRE PRIMARIO		COLOSTOMIA	
	Colon Izq.	Otros	Colon Izq.	Otros
No	60 %	86 %	61 %	46 %
Muertes	9 (14.5)	7 (8.2)	12 (19.7)	5 (10.8)
Complicaciones	66 (1.1)	55 (0.64)	70 (1.2)	27 (0.57)
Com.Extra Ab- dominales	25 (0.40)	25 (0.29)	41 (0.67)	21 (0.46)
Reintervenciones	34 (0.55)	17 (0.20)	70 (1.2)	45 (0.98)
Rehospitaliza- ciones	14 (0.24)	12 (0.14)	50 (0.82)	26 (0.56)
Tiempo Hospita- lización, Promedio (En se- manas)	3.18	2.66	4.78	4.5

El 67% de las heridas estudiadas por nosotros fueron tratadas antes de 4 horas de haberse producido situación esta difícil de imaginar en una guerra, aún en las más recientes, donde a pesar del helicóptero la localización y el traslado de los heridos desde el campo de batalla toma algún tiempo.

El resultado del presente estudio sugiere en forma clara que la colostomía como tratamiento obligado de las heridas de colon no está justificado. Este estudio si justifica el uso de una política menos radical en el manejo de ciertas heridas de colon que bien sea por su poca severidad o por la prontitud en su atención pueden tratarse adecuadamente con cierre primario. El adecuado juicio clínico puede evitar un tratamiento que no solo es más costoso

CUADRO No. 6

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE. SEGUN EL TIPO DE TRATAMIENTO. PACIENTES CON HERIDAS DE COLON. CALI 1956 - 1968

	CIERRE PRIMARIO	COLOS-TOMIA
No	74	103
Muertes	4 (5.4) %	16 (15.5) %
Comp. Abdominales	65 (0.87)	91 (0.88)
Comp. Extra Abdominales	21 (0.28)	60 (0.58)
Reintervenciones	33 (0.44)	113 (1.09)
Rehospitalizaciones	22 (0.28)	74 (0.72)
Tiempo Hospitalización Promedio (En semanas)	2.7	4.4

desde todo punto de vista sino que puede no ser el más benéfico.

SUMMARY

The existence of two hospitals, in Cali, Colombia, who have had opposing policies in the handling of colonic lesions, allowed us to compare the benefits of routine colostomy and primary closure. A total of 149 cases of primary closure were compared with 107 of routine colostomy. Mortality and morbidity compared favorably in all instances in the primary closure group. A series of comparison failed to find any significant difference in the two groups that could explain the results. Present findings strongly reinforce the questioning of the validity of the compulsory colostomy policy, at least in the handling of all colonic lesions as observed in civil practice today.

REFERENCIAS

1. Halmiton C. H., Colostomy indications and technique. *Dis. Colon Rectum* 9 : 37-41, 1966
2. Aguirre L., Jarpa S., Colonic Stomas. *Dis. Colon Rectum* 10 : 186-190, 1967.
3. Cendan J. E., Tratamiento de las heridas de colon. *Prensa Med. Arg.* 55 : 1288-1297, 1968
4. Axelrod, A. J., Hanley, P. H., Treatment of perforating wounds of the colon and rectum: a reevaluation. *South Med. J.* 60: 811-814, 1967.
5. Woodhall, J. P. Oschsner, A., The management of perforating injuries of the colon and rectum in civilian practice. *Surgery* 29 : 305, 1951.
6. Wolma F. J., Wiliford F., Treatment of injuries to the colon. *Amer. J. Surg.* 110: 772 - 775, 1965.
7. Haynes, C.D., Gunn, C. H., Martin, J. D., Colon injuries *Arch. Surg.* 96 : 944-948, 1968.
8. Tucker, J. W. Fey, W.P., The management of perforating injuries of the colon and rectum in civilian practice. *Surgery* 35: 213-220, 1954.
9. Ganchow, M. I., Lavenson, G. S., McNamara, J. J. Surgical management of traumatic injuries of the colon and rectum. *Arch. Surg.* 100: 515-520, 1970.
10. Porrit, A. E., Survey of abdominal wounds in 21 army group. *Brit. J. Surg.* 33: 267-274, 1946.
11. Roof, W. R., Morris, G. C., De Bakey, M., Management of perforating injuries to the colon in civilian practice. *Amer. J. Surg.* 99: 641-645, 1960
12. Hernández, P., Manejo del colon traumático. *Prensa Med. Mej.* 34 : 295-299, 1969.