

RECONSTRUCCIÓN DEL TRÁNSITO

Colostomías / ileostomias

El objetivo de la cirugía de reconstrucción del tránsito intestinal es restablecer la conexión entre los dos extremos del intestino para permitir la evacuación por vía anal. Este procedimiento quirúrgico se lleva a cabo comúnmente a través de una incisión abdominal, ya sea mediante cirugía abierta o laparoscópica. La técnica implica la liberación de la zona de la ostomía (colostomía o ileostomía), la identificación del segmento intestinal inmediatamente distal a esta y la unión de ambos cabos mediante suturas intestinales, ya sea de forma manual o mecánica.

Durante la cirugía, pueden surgir hallazgos intraoperatorios que requieran modificaciones o incluso la suspensión del procedimiento. Aunque se elija una técnica adecuada y se realice correctamente, pueden presentarse efectos indeseables, tanto comunes a cualquier intervención quirúrgica, como otros específicos de este procedimiento. Entre las complicaciones frecuentes se incluyen íleo paralítico, infección o sangrado en la herida, retención aguda de orina, flebitis, aumento del número de deposiciones y dolor prolongado en la zona de la operación. Las complicaciones menos frecuentes pero más graves abarcan sangrado digestivo, dehiscencia de la laparotomía, dehiscencia de la anastomosis, infecciones intraabdominales, fístula de la anastomosis y obstrucción intestinal.

Estas complicaciones suelen abordarse con tratamiento médico, como medicamentos y sueros, aunque en algunos casos pueden requerir reintervención de urgencia, con el consiguiente riesgo de mortalidad. También es posible que se deba reconfigurar la ostomía. Otras complicaciones durante la cirugía pueden incluir lesiones en vías urinarias, otros segmentos intestinales y grandes vasos sanguíneos, así como lesiones en órganos sexuales femeninos. Estas complicaciones, si se diagnostican durante la cirugía, se reparan de inmediato; si se manifiestan después, pueden manejarse médicamente o requerir reintervención quirúrgica.

La preparación previa del intestino, que implica limpiar su contenido de heces, es crucial para el éxito de la técnica. Los pacientes deben informar sobre alergias medicamentosas, trastornos de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, presencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales u otras circunstancias relevantes.

La duración de la hospitalización varía según las características individuales del paciente, su evolución y la presencia de complicaciones que requieran o no una reintervención quirúrgica, con un promedio estimado de 4 a 7 días. Es fundamental tener en cuenta que los pacientes mayores de 60 años, con obesidad, portadores de VIH, enfermedad de Crohn, cirrosis hepática o diabetes mellitus tienen un mayor riesgo quirúrgico, y se recomienda obtener información adicional del médico.

Además, se debe tener en cuenta la posibilidad de necesitar transfusiones sanguíneas durante o después de la intervención, y en algunos casos, el traslado del paciente a una unidad de tratamiento intensivo o intermedio.