

# INDICACIONS I TÈCNIQUES QUIRÚRGIQUES DELS ESTOMES: QUAN, COM I PER QUÈ? PLANIFICACIÓ PREOPERATÒRIA

---

IV Jornada AIS-BE Cirurgia General  
Dra. Montse Juvany  
Servei de Cirurgia General- Hospital Plató  
26 de febrer del 2016

# Índex

- Definició estoma i ostomia
- Tipus estomes
- Quan, com i perquè cal fer un estoma
  - Estomes Digestius: Urgent/Electiva
  - Estomes Urològics
- Detalls de tècnica quirúrgica
- Planificació preoperatòria (marcatge estoma)

# Definició estoma i ostomia

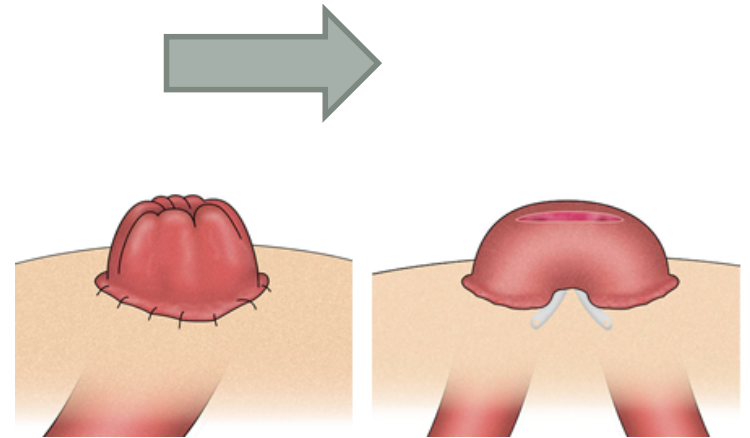
- Estoma (terme del grec **stoma**, significa boca): obertura quirúrgicament creada que uneix part d'una cavitat corporal amb l'exterior
- Ostomia: procediment quirúrgic que permet la creació d'un estoma. Pot ser:
  - Colostomia (còlon) 55 %
  - Ileostomia (ileon) 31%
  - Urostomia (urèters abocats a un segment de ileon desfuncionalitzat) 14%

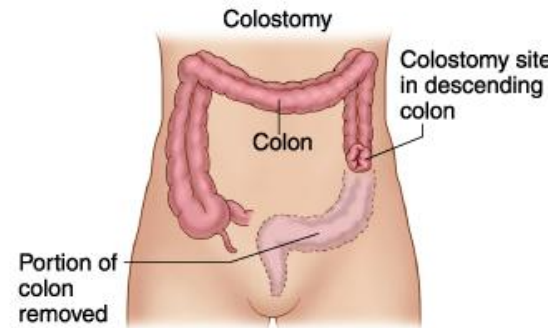
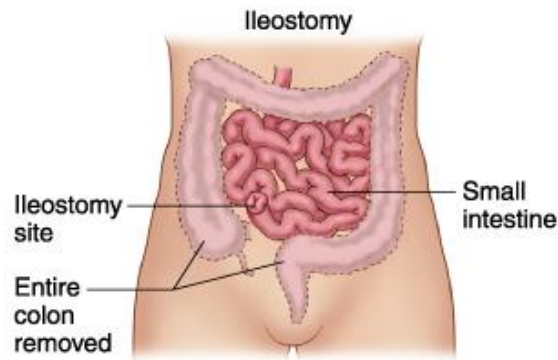
# Quan cal fer un estoma?

- La creació d'un estoma **MAI** és desitjable, **tècnica de necessitat**
- **Diagnòstics** que motiven la realització d'un estoma són **molt diferents**:
  - càncer colo-rectal (36%) ;
  - malaltia inflamatòria intestinal (15%);
  - càncer vesical (12%);
  - diverticulitis (11%);
  - altres càncers (ginecològics) o patologies que ocasionin disfuncions (oclusió, perforació o traumatisme) (26%).

# Tipus d'estomes

- Segons el tipus d'intestí:
  - *Ileostomies vs. Colostomies*
- Segons la funcionalitat:
  - *Terminals vs. Laterals*
- Segons el temps de permanència:
  - *Temporals vs. Definitius*

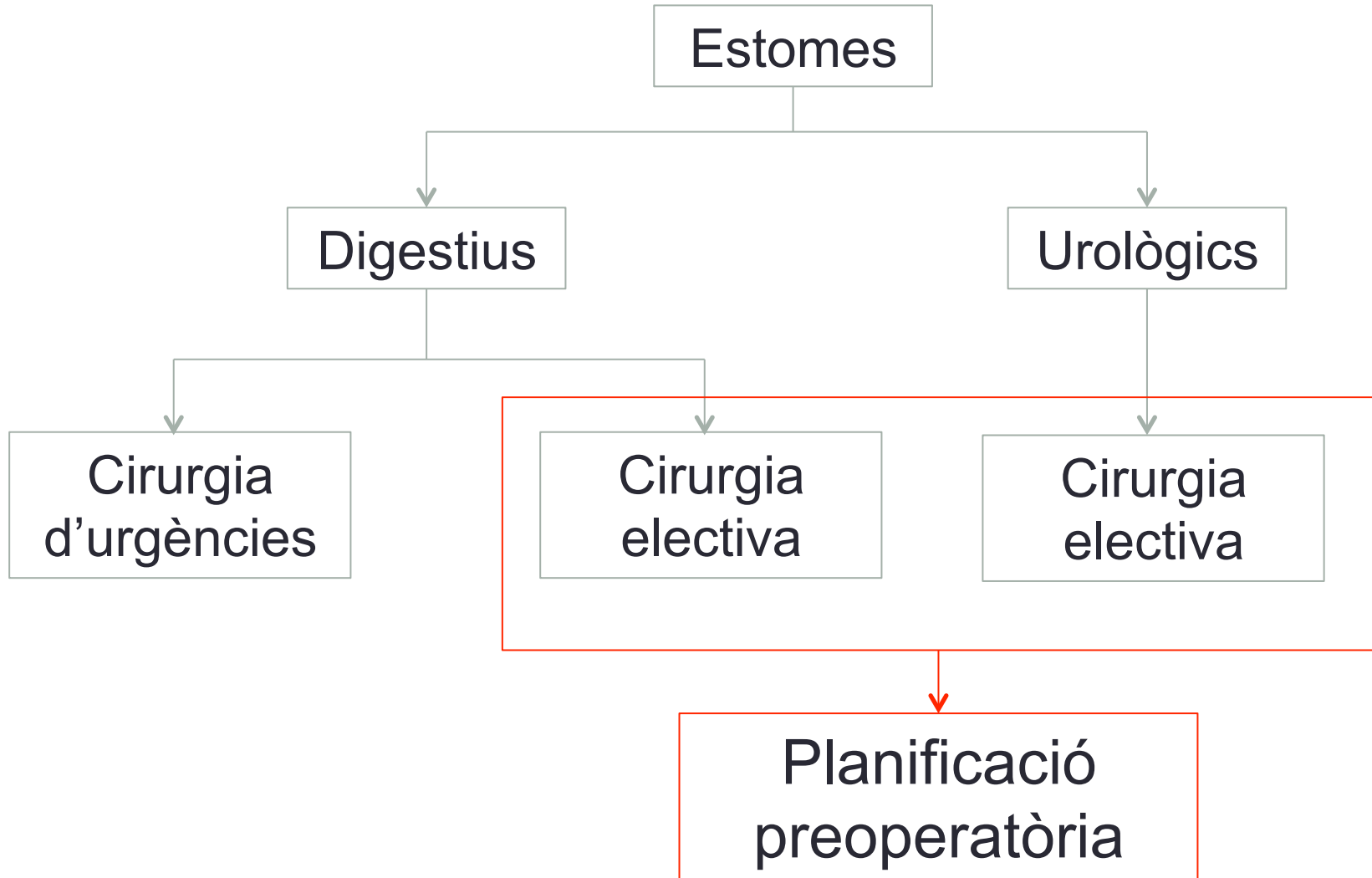




Ileostomia	Colostomia
FID	FIE
Sortida en sortidor (conté enzims digestius)	Sortida més moderada
Contingut líquid o semi-líquid	Semi-sòlid o sòlid
Dèbit 500-1000 mL/dia	Dèbit 200-300 mL/dia



# Quan, com i per què?



# Estoma digestiu/Cirurgia urgent

- Diagnòstics que condicionen creació d'un estoma:
  - **Oclusió intestinal**
  - **Perforació intestinal**
  - Politraumatisme abdominal
- Etiologia:
  - **Càncer colo-rectal**
  - **Malaltia diverticular**
  - **Malaltia inflamatòria intestinal**
  - Traumatisme

## Estoma digestiu/ Cirurgia urgent (TEMPORALS)

Impossibilitat anastomosi per alt risc de dehiscència d'anastomosi intestinal:  
xoc sèptic, alt grau peritonitis, immunosupressió, inestabilitat hemodinàmica,...

**Oclusió/ perforació per càncer colo-  
rectal**

**Perforació per  
diverticulitis**

**Megacòlon tòxic  
per colitis  
ulcerosa**

Còlon dret

Còlon esquerre/  
sigma

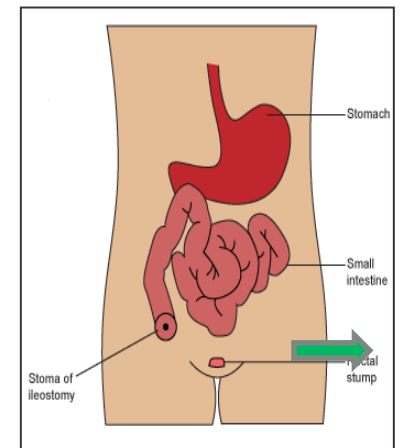
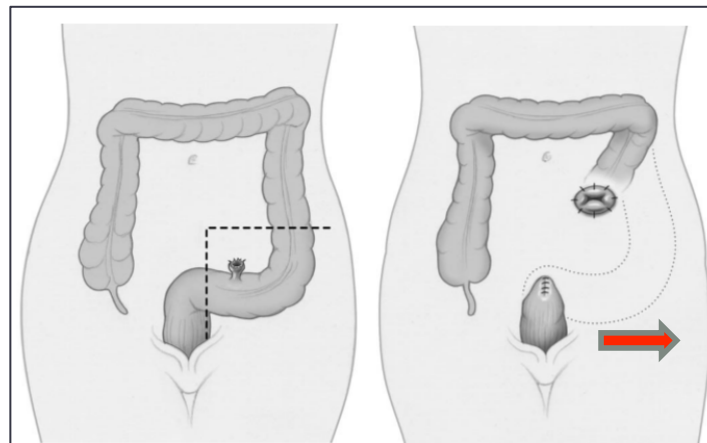
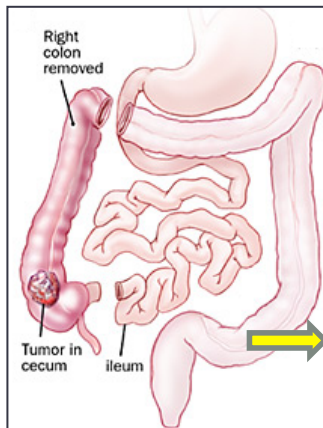
Sigma

Còlon sencer

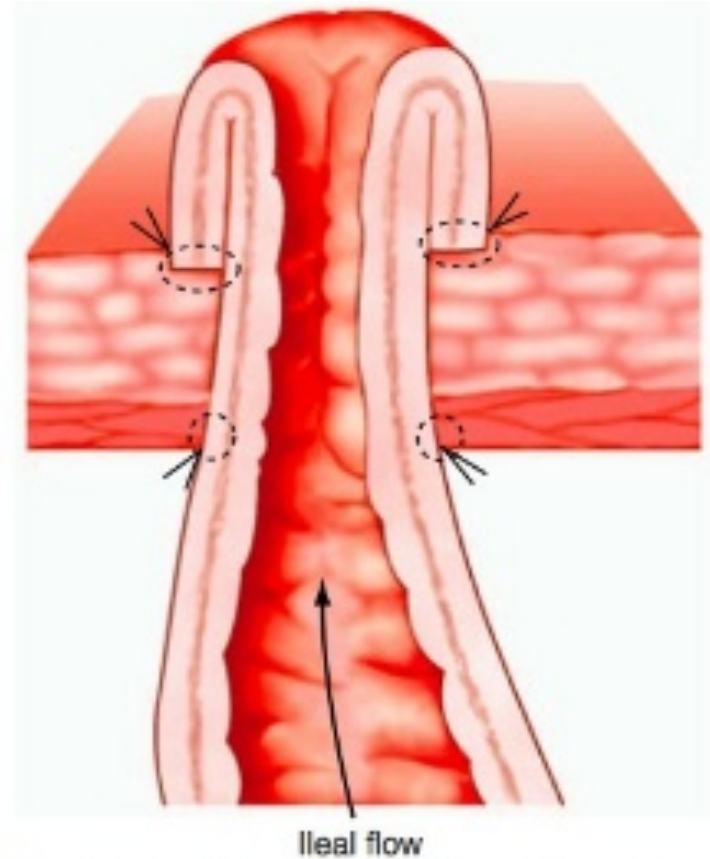
Hemicolectomia D  
Ileostomia  
terminal i fístula  
mucosa (còlon T)

Cirurgia de Hartmann  
Colostomia terminal

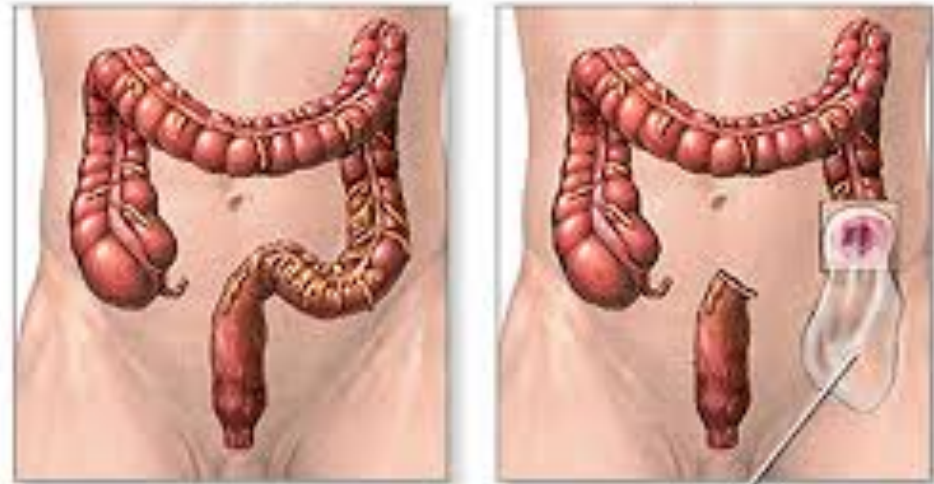
Colectomia  
subtotal  
Ileostomia  
terminal



# Ileostomia terminal de Brooke i fístula mucosa (hemicolectomia D)



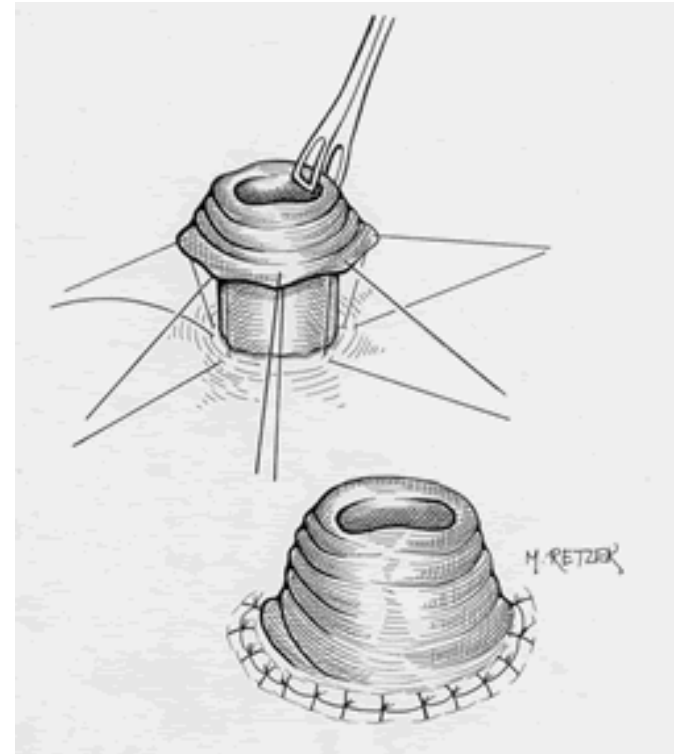
# Colostomia terminal (IQ Hartmann)



COLOSTOMIA



# Ileostomia terminal de Brooke (colectomia subtotal)



# Estoma digestiu/Cirurgia electiva

- Diagnòstics que condicionen creació d'un estoma:
  - Impossibilitat de preservació dels esfínters
  - Disfunció esfinteriana
  - Anastomosi colo-rectal o colo-anal d'alt risc
- Etiologia:
  - Càncer rectal

**Estoma digestiu/ Cirurgia electiva**

**CÀNCER RECTAL**

**CÀNCER DE RECTE  
ULTRABAIX (< 3 cm)**

**CÀNCER DE RECTE MIG/BAIX**

No permet preservació dels esfínters del anus, impossibilitat d'anastomosi

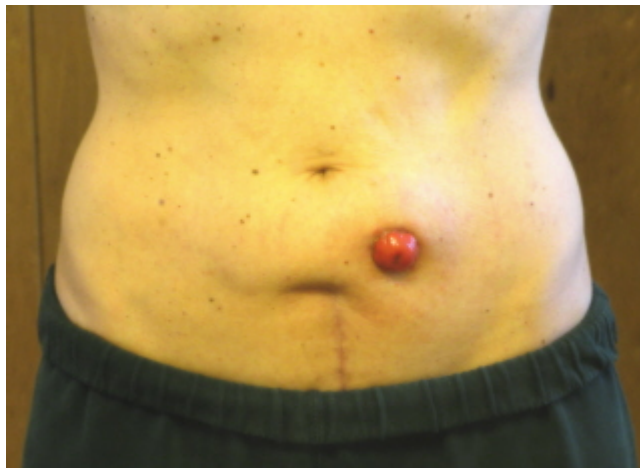
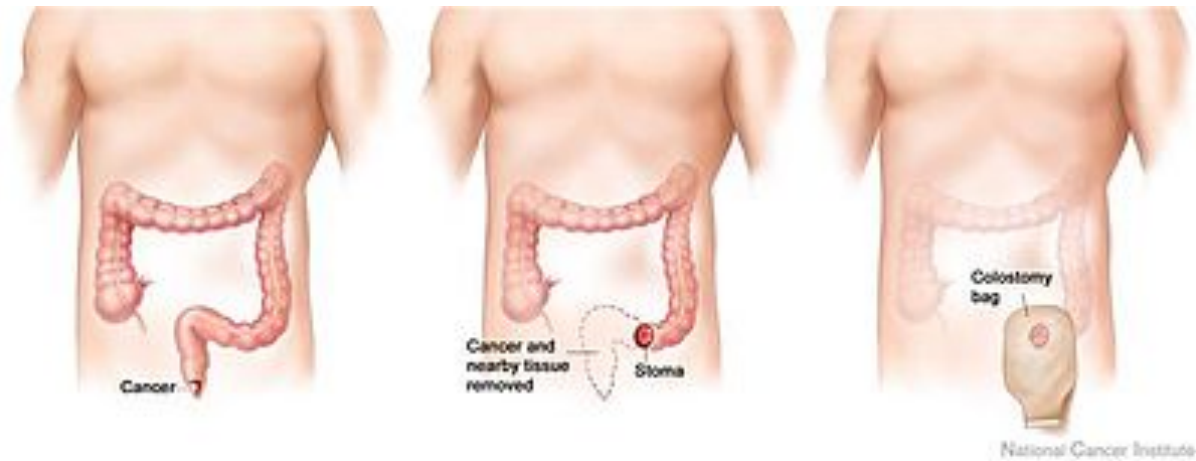
Anastomosi colorectal és d'alt risc: mala vascularització, radioteràpia preoperatòria. La ileostomia de protecció no disminueix el risc de dehiscència d'anastomosi (però sí les conseqüències)

Cirurgia de Miles  
(amputació abdomino-perineal)  
Colostomia terminal (DEFINITIVA)

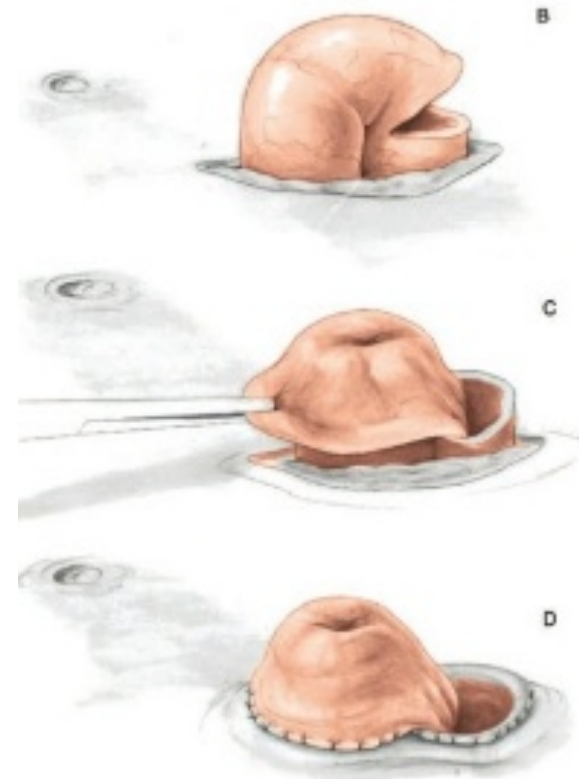
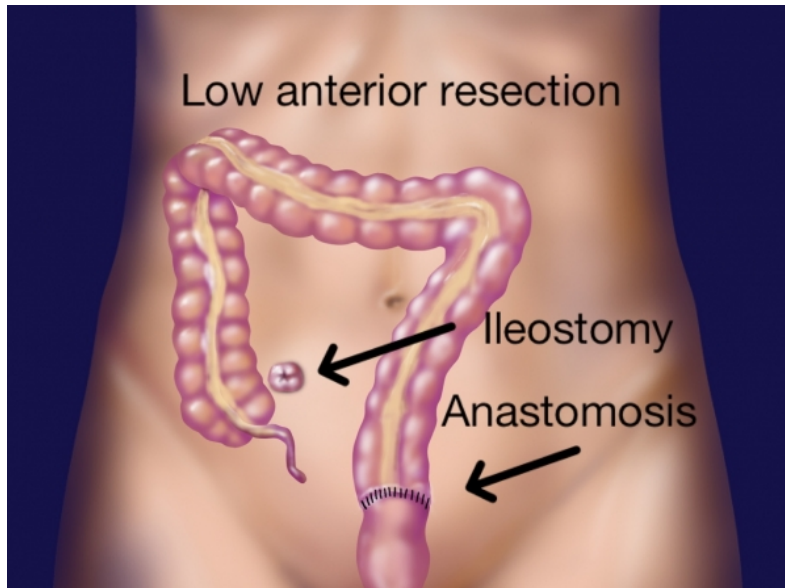
Ressecció anterior de recte amb  
ileostomia de protecció  
ileostomia lateral o "en  
nansa" (TEMPORAL)



# Colostomia terminal. Cirurgia Miles

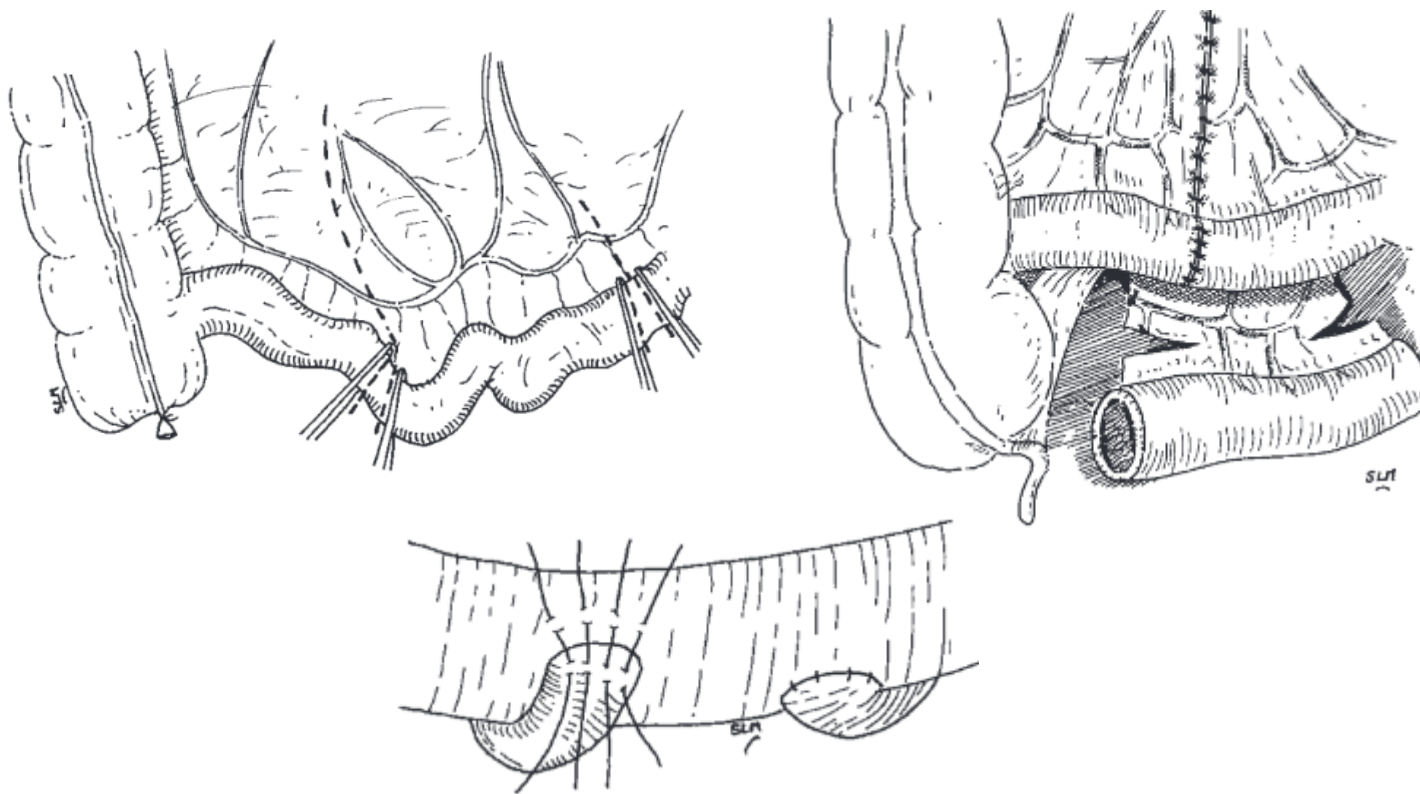


# Ileostomia lateral (en nansa)



# Estoma urològic / Cirurgia de Bricker

- Cisto-prostatectomia radical amb uretero-ileostomia cutània
- Principal indicació: càncer de bufeta (DEFINITIVA)



# Detalls de tècnica quirúrgica

- Posició estoma transrectal
- Mínima contraobertura (2 dits)
- Evitar tensió de l'estoma, assegurar bona vascularització
- Ileostomia: ileon evertit 3-4 cm amb un diàmetre de 2,5-3 cm
  
- Colostomia: còlon evertit 1-2 cm amb un diàmetre de 3-4cm

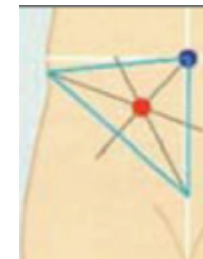
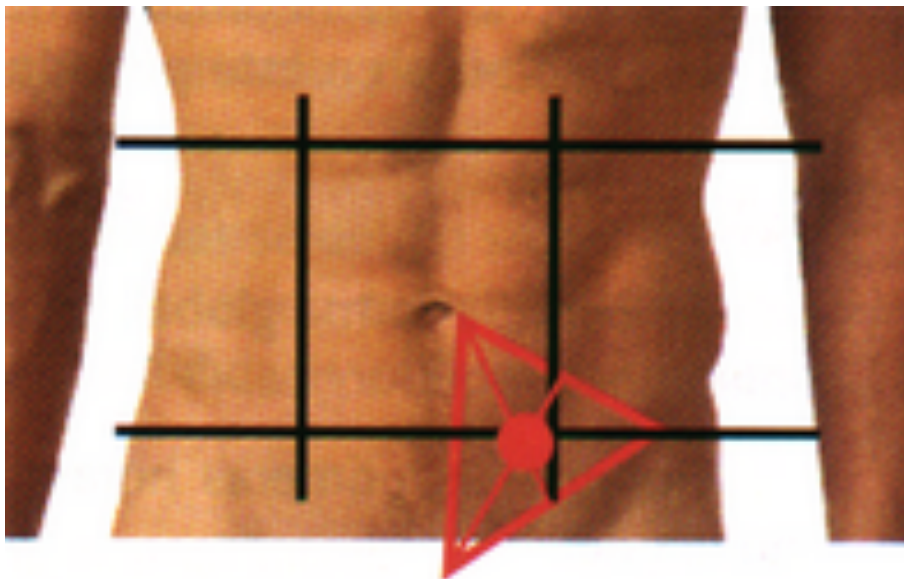


# Planificació preoperatòria

- 1) Informació al pacient
- 2) Marcatge de l'estoma (infermera estomaterapeuta)
- 3) Treball multidisciplinar/ coordinació entre nivells assistencials (cirurgià, metge de família, infermera)

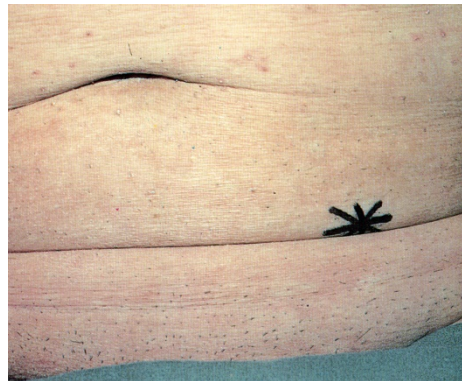
# Marcatge de l'estoma

- Objectiu principal del marcatge: garantir la correcta adaptació del dispositiu de l'estoma per a evitar fugues de l'estoma i irritació de la pell periostomia.
- Punts de marcatge:
  - Ileostomia, urostomia: unió de les 2 bisectrius que forma el triangle que forma melic, espina ilíaca A-S dreta i pubis.
  - Colostomia: igual però amb la espina ilíaca A-S esquerra.



# Marcatge de l'estoma (II)

- Un cop marcat la zona de sortida de l'estoma, cal fer una prova dinàmica amb bossa: decúbit supí, assegut, de peu.
- En pacients obesos, cal pujar el punt de marcatge per tal d'evitar que l'estoma es desplaci cap a baix.





Moltes gràcies.  
Alguna pregunta?