



## P-380 - MANEJO DE FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA COMPLEJA MEDIANTE LA TÉCNICA DE CONDÓN DE RIVERA COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA

*Lillo García, Cristina; Oller Navarro, Inmaculada; Lario Pérez, Sandra; Fernández Candela, Alba; Sánchez-Guillén, Luis; Díaz Lara, Carlos J.; Alcaide Quirós, María Jose; Arroyo Sebastián, Antonio*

*Hospital General Universitario, Elche.*

### Resumen

**Introducción:** En pacientes con abdomen hostil, las perforaciones intestinales iatrogénicas son frecuentes y normalmente se manejan mediante cierre primario y/o tutorización. Sin embargo, no en todos los casos se controla la fuga intestinal. A continuación, presentamos un caso clínico sobre el manejo de una fístula intestinal compleja con imposibilidad de realizar un estoma formal.

**Caso clínico:** Mujer de 70 años con múltiples intervenciones quirúrgicas abdominales previas con diagnóstico de cistocele que se programa para colposacropexia laparoscópica. Durante la intervención se objetivan abundantes adherencias abdominales que hacen necesaria la conversión a vía abierta e impiden la realización de la colposacropexia, produciéndose además lesión de un asa intestinal que se repara en el momento. En el postoperatorio inmediato, aparece infección de herida quirúrgica con apertura parcial y confirmación posterior de fístula enteroatmosférica de ileon terminal. En un primer tiempo se intenta la reparación quirúrgica, pero tras fracasar se exterioriza la fístula intestinal y se coloca dispositivo de aislamiento de fístula asociado a terapia de presión negativa. La herida evoluciona de forma tórpida, no consiguiendo su cierre a pesar de la utilización de este dispositivo y posteriormente tutorización con sonda Foley; debido a fugas abundantes por fístula de alto débito, con afectación importante de la piel circundante que impedía la colocación de bolsas de ostomía. Se decide realizar la técnica de condón de Rivera, que permitió el control de la fuga y la evolución favorable de la herida, dándose el alta a los tres meses con manejo de fístula intestinal similar a una ileostomía.



A



B



C

**Imagen 1.** Evolución fistula enteroatmosférica: A) Fallo tutorización con sonda T de Kehr; B) Tutorización mediante técnica de condón de Rivera; C) Fistula exteriorizada con cicatrización piel

**Discusión:** Las complicaciones cutáneas son la causa más habitual de atención en la consulta en pacientes con estomas o fístulas. Su incidencia es mayor en ileostomías, dado que las heces son más líquidas y alcalinas, y dañan la epidermis provocando excoriación. Existen múltiples opciones para el control de las fugas, que se deben adecuar a cada caso, por ejemplo, sondas Foley, tetinas o drenajes tipo Penrose. Sin embargo, son expulsados por la peristalsis y se obstruyen cuando el paciente empieza con dieta enteral sólida. Otros dispositivos más elaborados, como la terapia de presión negativa con aislamiento de fístulas, pueden dar los mismos resultados, pero con costes más elevados, a diferencia del método del condón de Rivera, que es accesible y de bajo coste. En nuestro caso, se utilizaron todos estos dispositivos no consiguiendo un control adecuado de la fuga intestinal ni de la piel de alrededor hasta la utilización de la técnica del condón. Si bien en numerosas series de casos la terapia con presión negativa acelera el cierre de la herida y el manejo de la fistula, ninguna describe una tasa de cierre de forma espontánea superior. Además, en algunos casos, provoca la formación de una nueva fistula. Ante una fistula de difícil manejo, recomendamos el uso de la técnica de Rivera, que ha demostrado con un bajo coste lograr un control efectivo, sencillo y preciso de las fugas intestinales, mejorando así la calidad de vida de los pacientes que sufren esta patología tan compleja.