



P-439 - ABDOMEN ABIERTO Y FISTULA ENTEROATMOSFÉRICA

Velayos García, Paula; Pascual Nadal, Juan José; Baeza Carrión, Ana; Garrido Benito, Beatriz; Gómez García, María Eugenia; Ripoll Martín, Roberto; Ots Gutiérrez, Jose Ramón; Oliver García, Israel

Hospital Marina Baixa de Villajoyosa, Villajoyosa.

Resumen

Introducción: La prevalencia real de fistulas entero-cutáneas en la población general es desconocida, presentándose la mayoría de forma yatrogénica tras intervenciones abdominales o en pacientes con patología inflamatoria intestinal. Presentamos el caso de una mujer diagnosticada de colitis ulcerosa de 20 años de evolución que tras varias intervenciones precisa de la creación de fistula entero-cutánea.

Caso clínico: Mujer de 59 años con antecedentes de diabetes, hipertensión, enfermedad celiaca, colitis ulcerosa y asma corticodependiente que acude a urgencias por fiebre y malestar general en ausencia de otra sintomatología. Mediante TAC abdominal es diagnosticada de perforación de víscera hueca, indicándose cirugía urgente. Durante la intervención se evidencia lesión perforada en colon transverso y estómago, realizándose resección gástrica y hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica, sucediéndose posteriormente tres episodios de dehiscencia y anastomosis de intestino delgado por isquemia. Tras la dehiscencia de esta última y debido al alto riesgo de lesión intestinal yatrogénica se decide vehiculización de asa yeyunal al exterior junto con aplicación de terapia VAC®. Durante su evolución la paciente se somete a innumerables curas con VAC® con intención de cierre progresivo de la piel hasta conseguir una ostomía verdadera. Durante el ingreso presenta múltiples episodios de infección subcutánea por vertido intestinal, dificultando sobremanera el cierre. Se probaron nuevas técnicas: Condón-Rivera, suturando dos condones a mucosa intestinal, aislando la fistula de tejido subcutáneo y piel, pero el contenido intestinal acaba disolviendo el tejido del condón. Se plantea nueva técnica, usando sonda Flexi-Seal® + VAC®, con plicatura del balón, introduciéndolo en la luz intestinal y suturando la sonda a la mucosa. Se consigue de esta forma aislar completamente la fistula, el cierre progresivo de la herida y creación de ostomía. La paciente recibe el alta hospitalaria tras 7 meses de ingreso.



Discusión: La reparación quirúrgica de una fístula enteroatmosférica no debe intentarse durante al menos tres a seis meses desde el evento desencadenante esperando el cierre espontáneo y acondicionamiento del paciente. Los requisitos previos para la reparación definitiva de la fístula incluyen la erradicación de la infección, la optimización de la nutrición y la evidencia clínica de cicatrización. La terapia de heridas con presión negativa acelera el cierre de la fístula protegiendo la piel circundante al recoger el efluente intestinal, mejorando la calidad de vida. Lo mismo sucede con nuestra nueva técnica y con el Condón-Rivera, permitiendo vehiculizar al exterior sin fuga el contenido intestinal. Se estima que la mitad de los pacientes con fístula enteroatmosférica presentan complicaciones, tales como dificultad de cierre abdominal, elevado número de reexploraciones abdominales o alteraciones electrolíticas graves. En la actualidad no existe una técnica idónea para abordar su manejo definitivo, pudiendo emplearse la terapia de presión negativa o la técnica de Condón-Rivera, permitiendo un control preciso y sencillo, disminuyendo costes. Al tratarse de una patología con un campo de actuación aún desconocido es primordial una ampliación de investigación e innovación técnica.