



P-318 - COMPLICACIÓN TARDÍA DE LA REPARACIÓN DE LA HERNIA: FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA

P. Calvo Espino, E. Jiménez Cubedo, N. González Alcolea, J. Serrano González, B. Laiz Díaz, J. García Schiever, V. Rojo Blanco, J.A. Rivera Bautista, G. Sanmartín de Castro y V. Sánchez Turrión

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Presentar dos casos de fístula enterocutánea como complicación tardía de la reparación herniaria y su tratamiento quirúrgico.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 50 años con antecedentes de VHC con respuesta viral completa, operado de hernia inguinal bilateral hace 10 años (técnica de Rutkow-Robbins con mallas de Polipropileno). Acude a urgencias durante 4 años por abscesos repetidos en la región inguinal derecha, requieren drenaje y tratamiento antibiótico. En el último cultivo, es positivo para *Enterococcus faecium*, que se trata según antibiograma con linezolid. Se realizó TC abdominal que fue informado como "absceso en región inguinal derecha con prolongación hacia cavidad pélvica, estando en íntimo contacto con la punta de apéndice cecal e íleon terminal, que muestra un contenido calcificado?". Se solicitó fistulografía: fístula enterocutánea que comunica la pared abdominal con el íleon terminal. Caso 2: mujer de 57 años, sin antecedentes de interés, intervenida de urgencias por hernia crural estrangulada, realizando una hernioplastia crural con malla de Polipropileno y PTFE y resección de 20 cm de íleon terminal. A los dos años acude nuevamente a urgencias por supuración de contenido intestinal a través de orificio fistuloso en pared abdominal. Ante los hallazgos clínicos y radiológicos, se proponen para intervención quirúrgica. En el primer caso se realiza una laparotomía media, extirpación de malla de Polipropileno, resección del trayecto fistuloso y 10 cm de íleon terminal, más hernioplastia con malla de polipropileno y PTFE. En el segundo, se lleva a cabo una resección del asa fistulizada, del trayecto y los orificios fistulosos a la piel.

Discusión: La hernia inguinal es una de las intervenciones más frecuentes en cirugía, aunque eso no la hace estar exenta de complicaciones. La fístula enterocutánea, es infrecuente y grave, puede ser producida por la utilización de material protésico como el poliéster trenzado o polipropileno, que al ponerse en contacto con las asas intestinales producen una importante reacción inflamatoria ocasionando la formación de adherencias o una solución de continuidad en la pared intestinal produciendo la aparición de la fístula. Una de las características de las fístulas enterocutáneas es que pueden producirse de manera precoz o tardía, como en nuestro caso, tras 2 y 10 años de la intervención. El tratamiento debe ser multimodal con el empleo de antibioticoterapia, drenaje de abscesos, siendo necesario a veces el reposo digestivo, la nutrición parenteral y en un número no desdeñable de casos es imprescindible la intervención quirúrgica con resección intestinal y retirada de malla.