



www.elsevier.es/cirugia

P-561 - FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA TRAS HERNIOPLASTIA CON MATERIAL PROTÉSICO

García del Pino, Beatriz; Beltrán Miranda, Pablo; Martínez Mojarrero, Rocío; Morales Martín, German; Escoresca Suárez, Ignacio; Perea Sánchez, María José; Utrera González, Antonio; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: Definimos la fístula enterocutánea como comunicación epitelizada entre el tubo digestivo y la piel. La aparición de una fístula enterocutánea en relación con material protésico es una complicación muy infrecuente resultado del contacto directo con el intestino. El intervalo de aparición de la fístula desde la implantación del material protésico es muy variable, llegando en ocasiones a ser de años. En todos los casos debe realizarse un tratamiento inicial con reposo digestivo, nutrición parenteral total y antibioticoterapia para disminuir el débito y mejorar las condiciones del paciente. Pase a estas medidas es excepcional que la fístula cierre de forma espontánea, precisando en prácticamente todos los casos tratamiento quirúrgico. Presentamos el caso de un varón de 77 años hipertenso, diabético, dislipémico, obeso y EPOC grave que fue intervenido de hernia umbilical hace años con colocación de material protésico en su reparación. Al tiempo presentó intolerancia a material protésico que requirió nueva intervención quirúrgica para recambio del mismo.

Caso clínico: Paciente con los antecedentes descritos que acude a urgencias por presentar desde hace meses supuración a nivel umbilical. A la exploración presenta orificio fistuloso que emite contenido intestinal. Ingresa para estudio y tratamiento conservador de fístula enterocutánea. Se realiza TC que informa de eventración con asas intestinales en su interior y trayecto fistuloso desde las mismas hacia la pared abdominal. Se inicia nutrición parenteral y se programa para cirugía reglada. Realizamos laparotomía media infraumbilical con adhesiolisis y resección del segmento de intestino fistulizado, anastomosis latero-lateral de yeyuno y laparoplastia con prótesis de BIO-A retromuscular. Postoperatorio inmediato en unidad de cuidados críticos pasando a planta de hospitalización tras 24 horas. Durante su estancia en planta el paciente precisa nutrición parenteral total por íleo postoperatorio. Evolución favorable, tolerando alimentación y con tránsito restablecido, es dado de alta doce días después de la intervención quirúrgica. Anatomía patológica: resección de intestino delgado que presenta ulceración, infiltrado inflamatorio mixto con tejido de granulación, congestión. Reacción inflamatoria de tipo cuerpo extraño.

Discusión: La aparición de una fístula enterocutánea tras la reparación protésica de defectos de pared abdominal es una complicación infrecuente y severa que requiere una cirugía compleja para su resolución en la que se procede a la retirada del material protésico implicado y resección del intestino afecto. Para la reparación del defecto de la pared pueden realizarse reparaciones primarias, autoplastias o podemos optar por prótesis biológicas que nos permiten solventar el defecto y aportan mayor resistencia frente a la infección.