



P-396 - PRESERVATIVO COMO OPCIÓN EN EL MANEJO LOCAL DE FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA

Camarasa Pérez, Ángel; Soto Sánchez, Ana; Pérez Sánchez, Eduardo; Hernández Barroso, Moisés; Hernández Hernández, Guillermo; Barrera Gómez, Manuel; Hernández Alonso, Ricardo

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: Las fistulas enteroatmosféricas se definen como la comunicación entre la luz intestinal y la superficie de una herida abdominal abierta y suponen un reto para el cirujano, en especial lo relacionado en el control local de la herida. Para su manejo es indispensable el conocimiento de distintos dispositivos como son las terapias de presión negativas (TPN/VAC), tutorización mediante tetina o parche Wittman entre otras. Es una entidad poco frecuente con una mortalidad global alrededor de un 40%. Presentamos el caso de una fistula enteroatmosférica en el que se realizó control local de la herida mediante un preservativo.

Caso clínico: Paciente varón de 80 años intervenido por adenocarcinoma de sigma oclusivo pT4N0MO en julio 2018 realizándose intervención de Hartmann. Se instaura tratamiento quimioterápico con FOLFOX-cetuximab (KRAS, NRAS y BRAF nativos) 6 ciclos con respuesta parcial decidiéndose en comité cirugía. Se realiza laparotomía exploradora en junio de 2019 extirpando una lesión sospechosa a la arteria iliaca izquierda y uréter izquierdo fibrótica y dura con AP intraoperatoria sin datos de malignidad por lo que se decide reconstrucción del tránsito. Sin recidiva hasta que en TAC enero 2021 se muestra nueva imagen en región paracólica inferior izquierda sospechosa de malignidad confirmada mediante PET-TC y con colonoscopia normal. El paciente acude a consulta de Oncología médica con dolor abdominal asociado a vómitos y fiebre de 4 días de evolución por lo que es derivado a urgencias. A la exploración presenta aumento de volumen en hemiabdomen izquierdo con empastamiento y crepitación desde fosa ilíaca izquierda (FII) hasta base peneana/escrotal. Analíticamente con aumento de reactantes de fase aguda, leucocitosis, y coagulopatía. Se realiza TC que objetiva asa de ileon adyacente a la masa tumoral ya conocida fistulizada a pared abdominal en FII, con gran colección hidroárea subcutánea. Con estos hallazgos se interviene quirúrgicamente realizándose drenaje del absceso con salida abundante de material fecal del subcutáneo, legrado y retirada de todo el material necrótico y esfácelos. Se identifica fistula enteroatmosférica profunda que se tutoriza con preservativo que se fija con dos hemisuturas continuar de Vicryl 3/0 y se conecta a bolsa. Tras ello mejoría el estado séptico del paciente y buen control local de la herida con curas diarias y fistula controlada en planta. Finalmente se vuelve a intervenir realizando laparotomía media y objetivando masa en FII irresecable sospechosa de recidiva y adyacente un asa fistulizada de ileon proximal que se reseca junto con un segmento de pared y se realiza anastomosis ileoileal LL mecánica isoperistáltica. Buena evolución posoperatoria sin incidencias siendo alta a la semana de la cirugía y cierre completo de la herida de pared al mes.



Discusión: El tratamiento global de las fístula enteroatmosféricas debe tener en cuenta el estado general del paciente, el tratamiento de infecciones asociadas y por supuesto el control local de la fistula. El preservativo ha sido una forma efectiva para tutorizar la fístula, permitiendo mejorar las condiciones del paciente para la cirugía definitiva.