



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-459 - REPARACIÓN DIFERIDA DE ABDOMEN CATASTRÓFICO EN PACIENTE CON FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA Y COLOSTOMÍA TERMINAL

Maestre González, Yolanda¹; Villalobos Mori, Rafael¹; Protti Ruiz, Gian Pier¹; Cerdán Santacruz, Carlos²; Mias Carballal, M^a Carmen¹; Olsina Kissler, Jorge Juan¹

¹Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: En pacientes inestables y con evisceración una opción terapéutica es el abdomen abierto. Sin embargo, la aparición de una fístula enteroatmosférica (FEA) dificulta su tratamiento agudo y la posterior reconstrucción del tránsito intestinal y de la pared abdominal.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 45 años intervenido de urgencias por diverticulitis aguda perforada con peritonitis fecaloidea realizándose intervención de Hartmann y resección yeyunal con anastomosis por lesión intestinal. Durante su estancia en UCI para manejo del shock séptico requiere reintervención por hemorragia de pared abdominal identificando evisceración completa de la laparotomía media y pequeña dehiscencia de la anastomosis intestinal, requiriendo abdomen abierto con terapia a presión negativa (TPN). En el tercer recambio de la TPN se identifica una FEA. Se inicia tratamiento médico conservador de la misma y se utilizan diversos sistemas para controlar la FEA hasta que es posible retirar la TPN y ser dado de alta. Al año del alta se realiza preparación preoperatoria nutricional y protocolo de toxina botulínica para reconstrucción del tránsito intestinal y de la pared abdominal. Se procede a la resección de la FEA con anastomosis intestinal manual y disección del colon con anastomosis colo-cólica mecánica. Posteriormente reconstrucción de la pared abdominal mediante TAR bilateral y malla retromuscular. El paciente presenta correcta evolución durante la hospitalización y en controles en CCEE.

Discusión: El manejo de la FEA es complicado y requiere de diversas actuaciones terapéuticas hasta su completa resolución, habitualmente quirúrgica. La reconstrucción simultánea del tránsito intestinal y de la pared abdominal es posible, siempre con preparación preoperatoria y seleccionando correctamente a cada paciente.