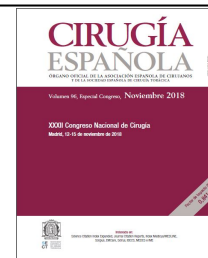




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-386 - FISTULA ENTEROCUTÁNEA ESPONTÁNEA: UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE HERNIA INCARCERADA

Trinidad, Anna; de Pedro, Julian; Hernández, Jara; Muñoz, Beatriz; Álvaro, Claudia; Malo, Juan Sebastián; de Julián, Zoe; Morlán, Miguel Ángel

Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Resumen

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de una fístula enterocutánea secundaria a una hernia crural incarcerada de tiempo de evolución.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 51 años con antecedentes de consumo perjudicial de alcohol, cocaína y heroína; en tratamiento psiquiátrico por depresión crónica e intentos autolíticos. Es valorada por el servicio de Urgencias por cuadro clínico de tumoración y dolor abdominal localizado en región inguinal y fosa iliaca derecha de semanas de evolución que hace 7 días presenta solución de continuidad cutánea que drena abundante líquido fecaloideo. No fiebre u otra sintomatología asociada. En la exploración abdominal, se objetivó fístula enterocutánea de 3 cm² aproximadamente en probable relación a una hernia inguino-crural derecha incarcerada. Analíticamente, destacó una hemoglobina de 8,2 mg/dl. Se solicitó un TC abdominal donde se visualizaron hallazgos sugestivos de hernia crural con contenido de asa ileal dista perforada con fistulización hacia piel. Se decidió intervención quirúrgica urgente previa transfusión de un concentrado de hematíes. Se realizó una laparotomía media infraumbilical y se apreció asa de íleon introducida en orificio herniario crural derecho. Se liberó y se revisó asa ileal perforada, localizada a 35 cm de la válvula ileocecal. Posteriormente, se planteó resección en cuña de la zona perforada y anastomosis termino-terminal con sutura con puntos sueltos de seda 3/0. Se colocó malla de Polipropileno en el trayecto del orificio herniario crural. Se decidió mantener la herida abierta por contaminación de la zona y pérdida de sustancia cutánea. Se colocó Linitul y Furacine. En el postoperatorio, se realizaban curas con Prontosan y abundante suero cada 12 horas. Con el tiempo de evolución, se apreció menos exudación y apareció tejido de granulación. Entonces, se colocó PICO y las curas se espaciaban según débito. A las 3 semanas, se decidió alta hospitalaria y revisiones en consultas externas. Buena evolución ambulatoria, con progresiva reepitelización.

Discusión: Las fístulas enterocutáneas no secundarias a intervención quirúrgica son una entidad poco frecuente. No obstante, conocer el manejo de las mismas es importante. Demostramos que el manejo quirúrgico como primera instancia con resección intestinal y, posteriores curas locales es una opción eficaz a considerar.