



Tratamiento del defecto de la pared abdominal combinado con múltiples fístulas enterocutáneas. Empleo de un colgajo de rotación musculocutáneo

Sr. Director:

Presentamos un caso reciente que hemos tratado en nuestro hospital. Se trataba de una complicación postoperatoria grave como es la asociación de múltiples fístulas enterocutáneas (FEC) con un defecto importante de la pared abdominal (DPA).

La paciente, de 67 años, había sido intervenida en 1982 por 4 tumores colónicos sincrónicos, practicándose una proctocolectomía total y una ileostomía continente de Koch. Su evolución postoperatoria fue excelente, así como el funcionamiento de su ileostomía continente, hasta 1999 en que, con motivo de varios cuadros suboclusivos muy repetidos en un corto espacio de tiempo, fue intervenida por laparoscopia, realizándose la disección de las adherencias que provocaban la obstrucción intestinal. La dificultad técnica de la intervención y la detección de lesiones intestinales iatrogénicas obligó a la conversión mediante laparotomía. En las primeras 48 h se detectó la existencia de múltiples fístulas intestinales que recidivaron en dos ocasiones y nos obligaron a controlar la situación con una laparostomía. Nos encontramos, así, con un defecto de pared abdominal en cuyo interior se alojaban 5 fístulas intestinales de alto débito y una ileostomía continente, que probablemente había sido la pieza clave en la recidiva de la dehiscencia de las suturas (fig. 1A).

En este contexto, pusimos en marcha el tratamiento habitual con reposo digestivo y NPT y, lo que resultó más difícil, el manejo local de una herida constantemente húmeda por el elevado débito de las fístulas. Intentamos invaginar la mucosa de los orificios fistulosos con puntos de sutura, lavados con solución de ácido láctico al 0,2%, sin conseguir ningún beneficio.

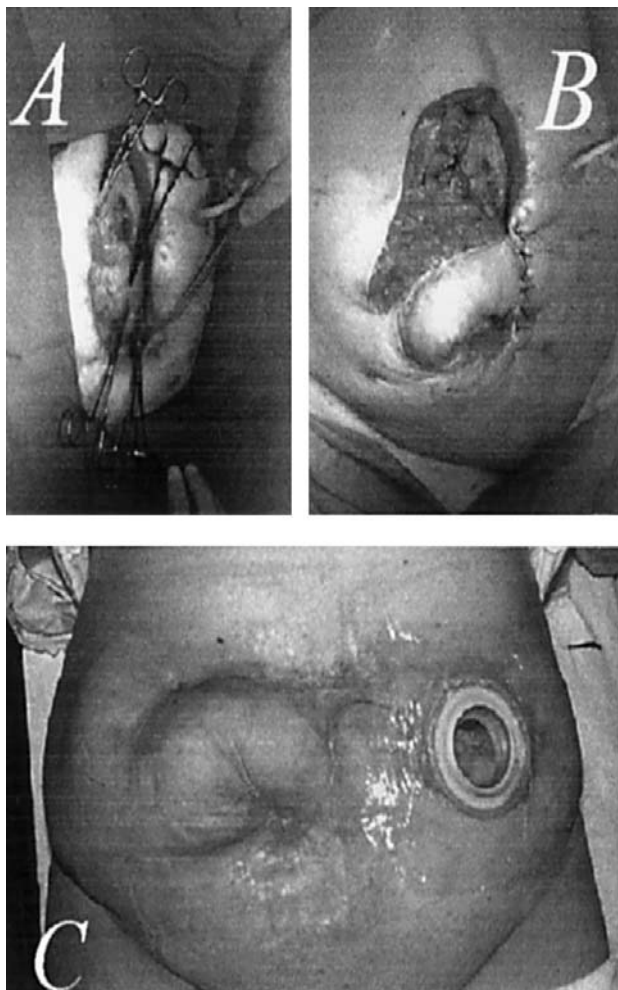


Fig. 1. Estado del abdomen con cinco orificios fistulosos y el amplio defecto de pared abdominal. B) Estado del abdomen inmediatamente después de realizar el colgajo de rotación musculocutáneo. C) Aspecto final del abdomen un año después de la intervención.

En agosto de 1999 intentamos una solución quirúrgica, pero nos encontramos con un "abdomen congelado" que impedía la disección. Por ello, decidimos, en función de la revisión de la bibliografía sobre el tema, realizar un colgajo de rotación musculocutáneo de recto anterior del abdomen colocado sobre el defecto de pared que alojaba los orificios fistulosos (fig. 1B).

Esta técnica simplificó considerablemente el manejo de la herida y se consiguió el cierre completo del DPA y de las FEC 2 meses después (fig. 1C).

Las FEC postoperatorias, después de cirugía gastrointestinal, representan una complicación grave que se acompaña de una morbilidad elevada, cifrada por McFayden en 1973 en un 6,4% ya en la era de la NPT. Es importante prestar atención al estado de nutrición de estos pacientes, ya que la desnutrición representa un factor de riesgo principal, más aún cuando las fístulas se asocian a DPA. En estos casos la mortalidad se dispara

hasta el 60% y cabe esperar el cierre espontáneo de estas fístulas en sólo el 7% de los casos, en una revisión de Sitges-Serra de 1982¹.

Por tanto, la existencia de FEC en combinación con DPA es una complicación muy grave de la cirugía gastrointestinal. Un factor esencial es la complejidad del manejo para las curas locales de la herida. Suelen ser fístulas de alto débito, con la mucosa intestinal evertida, con exteriorización continua hacia la herida y la piel del contenido intestinal muy irritante que dificulta enormemente las curas del paciente. Los pasos habituales en estos casos son el control de la infección, el reposo digestivo, la NPT, los cuidados de la herida y, factor esencial, descartar la posible existencia de un compromiso distal del tránsito intestinal.

Tradicionalmente, el hecho de que la colocación de injertos sobre áreas de FEC activas tenga escasas posibilidades de éxito, ha representado uno de los dogmas quirúrgicos más ampliamente aceptados. Sin embargo, experiencias recientes han demostrado éxitos reproducibles en situaciones similares². Así, en 1988, Conter et al, en Los Ángeles, analiza su experiencia con éxito en el 94% de un total de 51 pacientes con FEC complejas y DPA³. En 1996, Dumanian et al, en Pittsburgh, utilizaron con éxito injertos de espesor parcial en el 90% de los casos con FEC y DPA⁴. En 1998, Duncan et al, en Irlanda, comunica la evolución favorable de un caso de FEC y DPA en un paciente con enfermedad de Crohn⁵. Igualmente, Sequens, en Checoslovaquia, comprueba el éxito de la utilización de colgajos de rotación en casos similares⁶.

Como conclusión, cabe decir que, a pesar de la existencia de este dogma quirúrgico, la utilización de injertos de espesor parcial, total o colgajos de rotación musculocutáneos representan una alternativa reproducible en el manejo de casos tan complejos como la asociación de DPA con FEC.

C. Serra*, A. Baltasar, R. Lupiani*, A. Tomás***, N. Pérez***, P. Anaya*, R. Martínez*, M. Bengochea* y R. Bou***

*Médico Adjunto de Cirugía General. **Jefe del Servicio de Cirugía General. ***Médico Interno Residente de Cirugía General. Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy.

Bibliografía

1. Sitges-Serra A, Jaurieta E, Sitges-Creus A. Management of postoperative enterocutaneous fistulae: the role of parenteral nutrition and surgery. *Br J Surg* 1982; 69: 147-150.
2. Fisher J, Beart RW. A technique for skin grafting around abdominal wall fistulas. *Ann Plast Surg* 1983; 11: 563-564.
3. Conter RL, Roof L, Roslyn JJ. Delayed reconstructive surgery for complex enterocutaneous fistulae. *Am Surg* 1988; 54: 589-593.
4. Dumanian GA, Llull R, Ramasastry SS, Greco RJ, Lotze MT, Edington H. *Am J Surg* 1996; 172: 332-334.
5. Duncan CO, Earley MJ, O'Connell PR. *Ir J Med Sci* 1998; 167: 9-10.
6. Sequens R. A technique for treatment of extensive defects of the abdominal wall with gastrointestinal fistulae. *Rozhl Chir* 1999; 78: 92-93.