



278 - REINFUSIÓN DE QUIMO COMO PUENTE TERAPÉUTICO A LA RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA. DESAFÍOS TÉCNICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

N. Cruz Cruz, Y. García Delgado, R.A. González Medina, I.M. Campos Guerra, M. López Madrazo, P. de León Suárez, N. Pérez Martín, M.M. Medina Méndez, S. Quintana Arroyo y M. Boronat Cortés

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: La reinfusión de quimo (RQ) consiste en reintroducir el contenido digestivo perdido hacia el asa distal en pacientes con ostomías o fistulas de forma manual o automática. Permite reducir el volumen del soporte intravenoso y sus efectos deletéreos, así como las complicaciones posreconstrucción. Presentamos un caso exitoso con esta técnica, adaptada a los recursos disponibles en ausencia de dispositivos específicos.

Caso clínico: Varón de 66 años con antecedente de cáncer renal E-IV en RC tras nefrectomía e inmunoterapia que sufre isquemia intestinal por brida. Se realiza resección de delgado con yeyunostomía terminal a 1 m del Treitz y fistula mucosa del remanente excluido (2 m) localizada al otro lado del abdomen. Tras estancia en UMI presentaba un gran deterioro debido a múltiples complicaciones clínicas, además de DOF y altas pérdidas digestivas. Tras recuperación con fluidoterapia y NP se inició NE y reinfusión manual del quimo con jeringa y posteriormente de forma automatizada con bomba de NE con incremento progresivo del volumen, permitiendo reducir la NP. Tras mejoría de DOF se asoció dieta oral pero la RQ se dificultó por: obstrucción por restos alimentarios, por lo que se inició colado manual cerrado, y por limitación del volumen administrado por el ritmo máximo de la bomba, no pudiéndose reinfundir al completo y retirar NP. A pesar de ello el paciente no presentó complicaciones derivadas del soporte, pudo ser dado de alta y el estado nutricional se normalizó. A los 9 meses se reconstruyó el tránsito sin incidencias y pudo retirarse todo soporte nutricional.

Discusión: La RQ, a pesar de sus numerosos beneficios, tiene una implementación limitada por: lejanía anatómica entre asa aferente y eferente; presencia de alimentos no digeridos; volumen de las pérdidas, y disponibilidad del material necesario. En nuestra experiencia muchas pueden solucionarse de forma ingeniosa con colaboración del personal, paciente y familia.