

FISTULA ENTEROLAPAROTÓMICA POST-OPERATORIA PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Postoperative enterolaparotomica fistula Presentation of case report and review of literature

*Rolando Cuevas Delgado**, *Cecilia Gomez**, *María Fernandez**,
*Mauro Porto Varela***, *Arnaldo Montiel Roa****

RESUMEN

Se define a la fistula como una comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas. Se presenta como una complicación postoperatoria, con una morbimortalidad elevada. Se clasifica según su etiología, topología y fisiología. En 1964 Chapmann propuso 4 principios de manejo divididos en etapas. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 43 años con antecedente de traumatismo penetrante de abdomen por proyectil de arma de fuego hace 1 año. Acude al Servicio 1 año después por cuadro de secreción intestinal por cicatriz quirúrgica, con débito mayor a 500cc por día. Es diagnosticado con una fistula enterolaparotómica (FEL) de alto débito. Recibe tratamiento médico conservador por 4 a 6 semanas y posteriormente se decide conducta quirúrgica. Se realiza laparotomía, liberación de adherencias, sutura intestinal e ileostomía. Paciente con buena evolución post operatoria es dado de alta en su décimo día post operatorio.

Palabras Claves: Fistulas enterocutáneas, tratamiento conservador, tratamiento quirúrgico.

SUMMARY

A fistula is defined as an abnormal communication between two epithelialized surfaces. It is presented as a postoperatoria, complication with a elevated morbidity and mortality. It is classified according to it is etiological, topology and physiology. In 1964 Chapmann proposed four principles of management, divided into stages. We presents the case of 43 years old male patient with a history of penetrating abdominal trauma by firearm projectile one year ago. Now he come of our surgery service because he was present an intestinal secretion by surgical scar, with a 500cc per day. He it is diagnosed with enterocutaneous fistula (ECF) of high-output. He is received Conservative medical treatment for four to six weeks and later surgical treatment will be decided. Laparotomy, release of adhesions, intestinal suture and ileostomy is performed. The patient present a good postoperative evolution and he was become out of ten day after surgery.

Keywords: Fistulas in-terocutáneas, conservative treatment, surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

Se define a la fistula como una comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas, es decir entre dos órganos huecos o bien entre un órgano hueco y la piel. ⁽¹⁾

El cuadro clínico habitual se caracteriza por fiebre de un paciente operado, con una herida eritematosa. Tras retirar algunas suturas cutáneas se observa una secreción de contenido intestinal sucede bien inmediatamente o al cabo de 1 o de 2 días. Si se duda del diagnóstico se puede confirmar administrando un marcador no absorbible por vía oral, como carbón o rojo Congo, o inyectando un medio de contraste hidrosoluble en la fistula. ⁽⁵⁾

CLASIFICACIÓN

CUADRO 1. Clasificación de las fistulas

CRITERIO	TIPOS DE FISTULA
Etiológico	Fistulas Espontáneas: - Enfermedad de Crohn - Cáncer - Radioterapia Fistulas Secundarias: - Dehiscencia de anastomosis - Perforaciones secundarias a laceraciones serosas - Erosión de la pared intestinal por cuerpo extraño: *Mallas *Bandas gástricas *Abdomen abierto
Ubicación Topográfica	Fistulas Gástricas Fistulas duodenales Fistulas muñón duodenal Fistulas intestino delgado Fistulas muñón apendicular Fistulas de colon Fistulas rectales bajas Fistulas reservorio
Fisiológico	Fistulas alto débito (>500 ml/día) Fistulas bajo débito (<500 ml/día)

* Residentes de tercer año de Cirugía General del Hospital Central del IPS

** Medico de Planta de Cirugía General del Hospital Central del IPS.

*** Jefe de Servicio de Cirugía General. Especialista en Cirugía General del Hospital Central del IPS.

Servicio de Cirugía General, Instituto de Previsión Social – Hospital Central. Asunción – Paraguay.

Contacto: drcuevas860511@gmail.com

El diagnóstico se realiza por medios auxiliares como: fistulografía, tránsito intestinal y colon por enema, complementaria a la fistulografía, estudios endoscopios, fistuloscopia, ecografía y tomografía axial computarizada. (9)

El tratamiento quirúrgico estará indicado solo en situaciones particulares, el tratamiento inicial debe ser conservador. (3-4)

En 1964 Chapmann cambio manejo de los pacientes y propuso 4 principios de manejo.

La etapa 0, o momento de decisión, corresponde al descubrimiento clínico de la fistula; contempla una eventual necesidad de cirugía ante cuadros de abdomen agudo o bien en forma electiva en pacientes con buen estado clínico y nutricional. El tratamiento en esta etapa se limita a la reanimación del paciente para ponerlo en condiciones de soportar una nueva cirugía.

Etapa I *Estabilización*: el tratamiento es médico y destinado a restablecer el equilibrio hidroelectrolítico, combatir la sepsis y controlar el flujo.

Etapa II. *Mejorar el estado nutricional y completar el diagnóstico anatómico*. Se considera al paciente recuperado cuando alcanza valores normales de albúmina y recupera su peso habitual.

Etapa III. *Resolución*: cuando se opta por aguardar el "cierre espontáneo" o se encara el tratamiento definitivo de las lesiones persistentes. El tratamiento más difundido actualmente consiste en reducir la oferta de secreciones gastrointestinales al orificio fistuloso y la supresión de la ingesta y la administración de drogas anti exocrinas, como la somatostatina y su análogo sintético el octreotide. (7-8-9) La somatostatina, polipéptido de 15 aa actúa inhibiendo las secreciones gastrointestinal, biliar y pancreática, pero tiene una vida media corta y un conocido efecto rebote, por lo que su uso es desestimado. (7-9) El octreotide con una vida media cercana a las dos horas, carece del efecto rebote propio de la somatostatina. *Su utilización ampliamente difundida en las últimas dos décadas muestra resultados controversiales, sin poderse demostrar un aumento significativo de cierres espontáneos 1-10.* Se asocia en algunos estudios con un mayor porcentaje de complicaciones sépticas y trombóticas favorecidas por la inmovilización de los enfermos.

Por otra parte, en ocasiones el plazo mencionado de cuatro a seis semanas no es suficiente para lograr un buen estado *clínico y nutricional* del paciente que debe afrontar una operación compleja y no debe someterse a esta si no se encuentra libre de sepsis y nutricionalmente recuperado. También se considera que la inflamación peritoneal, que es máxima durante el primer periodo, dificulta técnicamente el abordaje y hace la enterólisis más riesgosa.

La estrategia quirúrgica se basa en las características particulares de cada fistula, aplicando algunos principios básicos. Para reducir el riesgo de lesión en intestino indemne se prefiere abordar el abdomen en la línea media sobre tejido sano. Debe evitarse el abordaje por incisiones diferentes que solo añaden una nueva lesión a la ya dañada pared abdominal, interfieren la irrigación sanguínea a nivel de los bordes de la herida original y obstaculizan la eventual exteriorización de ostomías. Los mejores resultados en el tratamiento quirúrgico se obtienen con la resección del intestino fistulizado y una cuidadosa anastomosis. En los casos que requieran apoyo nutricional postquirúrgico se puede realizar una yeyunostomía

para tales fines. Los cuidados postoperatorios deberán extremarse para evitar complicaciones locales o sistémicas que son habitualmente elevadas. La reparación quirúrgica de una fistula intestinal conlleva a elevada morbilidad que oscila entre el 30 y el 83%. (1) La recidiva temprana y el defecto parietal están significativamente relacionados con la mortalidad.

REPORTE DE CASO

Paciente de sexo masculino de 43 años sin comorbilidades, con antecedente de traumatismo penetrante de abdomen por proyectil de arma de fuego hace 1 año, constándose en el intraoperatorio lesión en recto, vejiga y alerón derecho del sacro. Es sometido a cirugía de urgencia realizándose en esa oportunidad una fistula entero-cutánea en flanco derecho, colostomía en asa en flanco izquierdo, se deja abdomen abierto contenido por bolsa de Bogota. Posterior a 43 días de internación paciente es dado de alta con herida abierta con cierre por segunda intención. Paciente reingresa un año después por cuadro de secreción intestinal por cicatriz quirúrgica, con débito mayor a 500cc por día. Al examen físico se constata defecto importante de la pared abdominal, observándose fistulas en número de 5 con débito de aspecto intestinal. (**Figura 1**)

Laboratorio de ingreso que informa: GB 8400 U/l, N 68%, HB 11.5 g/dl, HTO 53,3%, glicemia 118 mmol/dl, Prot. Total: 7,7 Alb. 4l, demás parámetros en rango. Se realiza en primer momento tratamiento médico conservador consistente en estabilización del paciente, mejorar el estado nutricional, y administrar inhibidores de la secreción gástrica.

Se efectúa una **fistulografía** por orificio fistuloso en epigastrio opacificándose un trayecto lineal, que se dirige hacia la izquierda y hacia abajo, de forma convexa. Se inyecta con-



FIG. 1. Fistula enterolaparotómica compleja



FIG. 2. Fistulografía

traste en otro orificio fistuloso se opacifica hacia arriba porción de asa delgada y hacia abajo comunica con el trayecto fistuloso mencionado anteriormente. (Figura 2)

Transito esófago gasto-intestinal que informa a nivel de primeras asas yeyunales se observa paso de la mayor parte del contraste a través de trayecto fistuloso que se exterioriza a piel, en región peri umbilical en relación a fistula entero cutánea. Se observa pasaje de medio de contraste en pequeña proporción a yeyuno distal. Resto del tracto intestinal no evaluado, se sugiere Tomografía Computarizada con contraste oral donde se constata defecto de pared abdominal anterior, compuesta por asas adheridas a pared.

Colonoscopia: Se realiza estudio por asas enterales con abocamiento en cicatriz laparotomica, se exploran las tres neo bocas permeables hasta longitud permitida por anatomía deformada. Todo lo explorado es mucosa normal, sin lograr avanzar hasta mucosa colónica. **Estudio por fistula mucosa:** se observa restos de material de contraste y materia fecal sólida en recto corresponde a colon sigmoides y recto normal. (Figura 3)

Paciente es intervenido quirúrgicamente con diagnóstico pre operatorio fistula entero cutánea compleja de alto débito constatándose en acto quirúrgico proceso adherencial que engloba toda la cavidad abdominal, compuesto de asas adheridas entre sí, a la pared abdominal y a los órganos vecinos. Segmento de yeyuno adherido a la pared abdominal, presentando múltiples trayectos fistulosos. (Figura 4)

No se logra buena identificación de reparos anatómicos debido a proceso adherencial. Se realiza adherenciólisis, resección de 15 cm de yeyuno con trayectos fistulosos adherido a la pared abdominal a 160cm del ángulo de treiz, que se exterioriza en flanco derecho. Cierre de pared en 1 plano, contenido por piel. Con puntos de refuerzo. (Figura 5)

Posteriormente el paciente es trasladado a Unidad de Cuidados Intensivos, para monitoreo post quirúrgico, en donde presenta una evolución favorable, luego de 3 días pasa a sala de internados, es dado de alta en óptimas condiciones.

DISCUSIÓN

Las fístulas intestinales son una temida complicación del postoperatorio de cirugía abdominal que se asocia a complicaciones hidroelectrolíticas y ácido base importantes, con grados variables de desnutrición y una elevada morbimortalidad.

(1,2,3)

Los pacientes portadores de fístulas, frecuentemente deben someterse a hospitalizaciones prolongadas y a un aumento considerable en los costos de atención. (1)

El 75-90% de las fístulas se presenta como una complicación postoperatoria, con una incidencia de 0,8-2% en las cirugías abdominales. (6)

Las fístulas intestinales postoperatorias son una complicación de la cirugía abdominal de poca frecuencia, pero que aumentan su ocurrencia en intervenciones de urgencia, alcanzando un 2%. (1)

Hasta principios de la década del 60 el tratamiento de las (F.E.L) era netamente quirúrgico, sin embargo, la alta tasa de morbimortalidad obligó a los cirujanos a revisar esta estrategia y plantea otras alternativas al tratamiento. (12)

Las FE se han asociado con una morbimortalidad. Estados Unidos reporta mortalidad de 17%, Chile 24%, México 19%. (5)

Wainstein et al. en su publicación encontraron como causa más frecuente de fístulas enterocutáneas la diverticulitis 16% y menos frecuente el trauma abdominal con 10%. El caso presentado trata de una fístula abdominal post traumática por herida de arma de fuego. (12)

En cuanto a la utilización del vacío Argenta et al. utilizaron presión negativa, con el objeto de promover la cicatrización de heridas crónicas en el tratamiento de las (F.E.L). (13-14)

Davis et al. en su serie no han podido constatar resultados concluyentes en favor del uso del vacío. EN este caso no fue necesaria la utilización del mismo. (15)

Durante muchos años ha prevalecido el concepto según el cual una fístula que no cierra en 4 a 6 semanas de tratamiento conservador difícilmente lo haga posteriormente, lo que motivaba la indicación quirúrgica; sin embargo dicho concepto ha sido últimamente revisado. (15-16-17)

En el caso presentado, así como en publicaciones de otros autores se aguarda un plazo de 4 a 6 semanas con tratamiento conservador, optándose posteriormente por el tratamiento quirúrgico.

En cuanto al tratamiento quirúrgico definitivo la reparación de todas las (F.E.L) comprende 3 tiempos quirúrgicos: abordaje, tratamiento del intestino y cierre de la pared. (12) En el caso presentado fueron realizados los tres tiempos con excelente resultado. (19-20)



FIG. 3. Defecto de pared abdominal en zona de trayecto fistuloso.



FIG. 4. Adherencias interasas y a la pared abdominal



FIG. 5. Cierre de defecto de pared

REFERENCIAS

1. Cárdenas P, Cárdenas R, Troncoso E. Fistulas Intestinales en el Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador. Casuística. Rev Hosp Clin Univ Chile 2010;21:105-10.
2. Borison D., Bloom A., Pritchard T. Treatment of enterocutaneous and colocutaneous fistulas. Dis Colon. 1992;(35)2: Pp. 635-639.
3. Fernández E., Cornalo A., Goznalez D., Villella V. Treatment of Postoperative Fistulae Resistant to Conservative Management Using Biological Fibrin Blue. Endoscopic. 2002;(34)8: Pp. 632-8.
4. Evenson F. Current Management of Enterocutaneous Fistula. J Gastrointestinal Surg. 2006; (23)1. Pp. 10-12.
5. Fernández E. Fistula enterocutánea de difícil manejo. Caso Clínico. Rev med hondur. 2010; Vol. 78(3): Pp. 129-131.
6. Vincench M., Paimoa P Nuevos enfoques en el tratamiento de las fistulas enterocutáneas. Artículo de revisión. La Habana: Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. , CCM.; 2012. Report No.: 16(1).
7. Nubiola P. Badia J.,Martinez R. Treatment of Postoperative Enterocutaneous Fistulae with the Long Half Live Somatostatone Analogue. Ann Surg. 1989; 2(10): Pp. 56-8.
8. Parrilla P, Landa J. Cirugia AEC Asociación española de cirujanos. 2nd ed. Madrid: Editorial Panamerican; 2010.
9. Rabago L., Ventosa N., Castro J., Merdo J.,Herrerra N.,Gen F. Endoscopic Treatment of Postoperative Fistulae Resistant to Conservative Management Using Biological Fibrin Blue. Endoscopy. 2002; 34(8) (7): Pp. 632-638.
10. Sancho J., Constanzo J.,Nubiola P.,Larrad A., Beguiristain A.,Roqueta F, et al. Randomized Double- Blind Placebo Controlled Trial of Early Octreotide in Patients with Postoperative Enterocutaneous fistulae. Br J Surg. 1995;(82): Pp. 638-41.
11. Talé L., Grajeda A., Letona K., Marroquín H.,Morales O. Manejo de pacientes con fistulas enterocutáneas. Rev. Guatem Cir. 2005; 21: Pp. 46-50.
12. Wainstein D Irigoyen M.,Beninka E. Fistulas enterocutáneas. Enciclopedia cirugía digestiva. 2014; 255(3): Pp. 1-29.
13. Argenta L., Morykewas M. Vacuumassisted closure: a new method for wound control and treatment: clinical experience. Ann Plast Surg. 1997;(38): Pp. 563-77.
14. Banwell P. Novel perspectives in wound care: topical negative pressure therapy. ETRS. 2002;(92): Pp. 49-50.
15. Davis K., Johnson E. Controversies in the Care of the Enterocutaneous FistulaSurg. Clin. 2013;(93).
16. Foster C., Lefor A. Tratamiento general de las fistulas gastrointestinales. Clin. Q. NA. 1996;(76): Pp. 1037-1054.
17. Schecter W., Hirshberg A., Chang D., et al. Enteric fistulas: principles of management. J Am. 2009; 4(209): Pp. 484-91.
18. Ace L., delaney C., Senagore A., Connor J., Renzi F, et al. Clinical outcome and Factors Predictive of Recurrence After Enterocutaneous Fistula. World J Surg. 2004; 5(240): Pp. 825-831.
19. Wanstein D. Fistulas enteroatmosféricas. 2013; (170): Pp. 11-53.

*Recibido para publicación el 27 de marzo y
aceptado el 17 de abril de 2016.*