

Presentación de Caso

Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín

Presentación de un paciente con fístula enterocutánea como complicación postoperatoria

Presentation of a Patient with Enterocutaneous Fistula as a Postoperative Complication

Mayra Vincench Medina⁽¹⁾, Yunia Robles Ochoa⁽²⁾, Zulmira Velásquez Socorro⁽³⁾, Emilio R. García Verdecia⁽⁴⁾, Agustín Morejon Borjas⁵⁾

- 1 Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín
- 2 Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín
- 3 Especialista de Primer Grado de Cirugía General. Asistente. Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín
- 4 Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Instructor. Universidad Médica de Holguín. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín
- 5 Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín

RESUMEN

Las fístulas enterocutánea son un problema quirúrgico grave, de elevada morbimortalidad. Su tratamiento es principalmente medicamentoso, pero en ocasiones por su evolución y características requieren tratamiento quirúrgico. Las fístulas postoperatorias constituyen el grupo más común de fístulas

enterocutáneas. Se presentó un caso de fístula postoperatoria de alto débito con evolución favorable y cierre espontáneo, con tratamiento conservador.

Palabras clave: fístula enterocutánea, nutrición enteral, somatostatina.

ABSTRACT

The enterocutaneous fistulas are a serious surgical problem of high mobility and mortality. Its treatment is mainly with medications, but sometimes due to its progress and characteristics it requires surgical treatment. The postoperative fistulas are the most common ones among enterocutaneous fistulas. A patient with a postoperative fistula of high debit was reported in this paper with favorable progress and spontaneous closure with conservative treatment.

Key words: enterocutaneous fistula, enteral feeding, somatostatin.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de una fístula enterocutánea sigue siendo un problema complejo y de difícil tratamiento. En épocas pasadas se acompañaban de una mortalidad muy elevada, con estadísticas publicadas de hasta un 54%^(1,2). El progreso alcanzado en los cuidados de los pacientes, entre los que se destacan el mejor conocimiento de la nutrición quirúrgica, el advenimiento de las técnicas de alimentación parenteral total, la reposición de líquidos y electrolitos y la utilización de la somatostatina o sus análogos ha mejorado la supervivencia en un grado considerable⁽³⁾. A continuación se presenta un caso de fístula enterocutánea postoperatoria de alto débito, que evolucionó al cierre espontáneo con tratamiento conservador.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina, 76 años de edad, hipertensa y cardiópata con tratamiento, que ingresó por cuadro de oclusión intestinal y en el acto quirúrgico se encontró tumor de rectosigmoide que no pudo resecarse en ese momento, por lo que se le realizó colostomía derivativa. Egresó a los siete días con evolución favorable y se continúan estudios por consulta externa.

Se realizó rectosigmoidoscopia negativa hasta 28 cm y colon por enema donde se observó defecto de lleno que confirmó la presencia del tumor en la unión rectosigmoidea. Se ingresó para tratamiento quirúrgico definitivo y previa preparación del colon con manitol, antibiótico y terapia profiláctica con cefazolina y metronidazol, se realizó hemicolectomía izquierda con anastomosis término-terminal a un solo plano extramucoso, cerrando los planos de la pared en el sitio de la colostomía.

El acto quirúrgico fue prolongado y difícil por la obesidad de la paciente, con abundante grasa intrabdominal y encontrarse el tumor adherido a la pared vertical anterior. Se dejó drenaje cerca de la zona anastomótica que se exterioriza por contrabertura. El paciente evolucionó de forma aparentemente satisfactoria dándose alta a los siete días.

A los seis días del egreso (13 días después del acto quirúrgico) reingresó con decaimiento, sed y secreción amarilla, de aspecto purulento por el 1/3 inferior de la herida quirúrgica y por el orificio del drenaje. Al realizar exámenes complementarios se comprobó deshidratación moderada y alcalosis metabólica con Ph = 7.60, SB = 24.4 mm / l, K = 2.8 mm/ l y Hb = 107 g/l.

Se comenzó reposición hidroelectrolítica y se trató el cuadro metabólico con bomba de potasio y acetazolamida. El drenaje por el 1/3 inferior de la herida aumentó rápidamente, adquirió aspecto fecaloideo y olor " sui generis" y al cuantificar las pérdidas por aspiración (1400 ml en 24 h) se concluyó como fístula enterocutánea de intestino delgado de alto débito.

Se mantuvo aspiración continua, protección de la piel circundante que ya presentaba signos de irritación y vigilancia estricta del BHM y A-B, se suspendió la ingesta oral de alimentos. Al tercer día presentó salida de contenido intestinal por el sitio del cierre de la colostomía y presentó cuadro disociativo con deshidratación moderada e hipopotasemia (ph = 7,75, K = 2.5 mm/ l) lo que requirió nueva corrección con bomba de potasio y acetazolamida.

A los cinco días mantuvo el débito alto (1200 mm/ l en 24 h), por lo que se solicitó traslado a sala de cuidados intensivos para comenzar hiperalimentación

parenteral, comenzando, al no ser posible, la administración de soluciones glucosadas al 10% para mayor aporte calórico y vitaminoterapia.

A los nueve días posteriores presentó nuevo cuadro disociativo, con lengua seca y ojos hundidos y marcada toma del estado general, presentó hipopotasemia ($K = 2.5 \text{ mm/l}$) en el ionograma y alcalosis metabólica ($\text{Ph: } 7.57$, $\text{SB} = 27.7 \text{ mm/l}$, $\text{SBE} = 2.7 \text{ mm/l}$). Al examen físico presentó ligeros signos inflamatorios en 1/3 superior de la herida con discreta fluctuación, drenándose un gran absceso subaponeurótico.

A partir de este momento mejoró progresivamente su estado general y su cuadro metabólico. Se comenzó la administración de somatostatina ev. En los días siguientes disminuyó paulatinamente el débito por fístula, lo que permitió la ingestión oral. Se mantuvo con curas locales, protección de la piel con pasta lassar, dieta astringente y vigilancia continua del BHM y AB, todo el tiempo con tratamiento antibiótico, primero con gentamicina y metronidazol hasta cumplir ciclo, luego con fosfocina EV y IM. Mantuvo mejoría progresiva, y se le dio alta 19 días después de su ingreso, con cierre casi total de los orificios fistulosos. La paciente se mantuvo asintomática y se siguió por CE.

DISCUSIÓN

Las fístulas enterocutáneas de alto débito (mayor de 500cm en 24 h) se asocian con una mayor morbilidad y mortalidad, mostrando menos tendencia al cierre espontáneo ^(4,5). Generalmente se origina en zonas proximales del ID. Que se presente una fístula de ID en una paciente operada de una afección de IG no es habitual, puede estar relacionado con algún inconveniente técnico, como son el uso de capitonaje en el cierre de la laparotomía, tubos de drenajes que dificulten la cicatrización o erosionen la pared, deficiente relación anestésica, etc. ⁽⁴⁾.

La salida de material purulento previo a la instalación definitiva de la fístula, puede enmascarar y retrasar el diagnóstico, al hacer pensar en una infección de la herida. La salida evidente de contenido intestinal o gases a través de una incisión, confirma el diagnóstico clínico, el cual puede corroborarse con estudios

tales como fistulografía, endoscopia, TAC y estudios con isótopos, en dependencia del estado general del enfermo y de la infraestructura disponible ⁽⁶⁾. El paciente que presenta una fístula enterocutánea, puede mostrar diferentes y graves problemas, como sepsis, depleción volumétrica, desequilibrio electrolíticos y AB y desnutrición, condiciones todas que requieren un tratamiento urgente y agresivo ⁽⁷⁾. Las acciones para un manejo exitoso son: obtener control de la fístula, combatir la sepsis y mantener desde el comienzo el control nutricional.

La literatura recoge como trastorno metabólico más frecuente en estos pacientes la acidosis metabólica. En el caso reportado en este trabajo se presentó siempre alcalosis metabólica e hipopotasemia. Es muy importante la aspiración para evitar el derrame de líquido intestinal que favorece la formación de escaras en zonas de decúbito y produce maceración e irritación de la piel. Se han utilizado, para proteger la piel circundante, diversos preparados como la pasta de Karaya, la tintura de Benjuí y hasta el barniz marino ⁽⁸⁾. En este paciente se utilizó la pasta lassar con muy buenos resultados.

El control del estado nutricional mejoró la evolución general de este paciente, utilizándose precozmente la nutrición parenteral total, pero ello requiere de seguimiento en salas de cuidados intensivos. No obstante, la vía de elección es el tracto gastrointestinal como hecho natural ⁽⁹⁾. Uno de los puntos más importantes del tratamiento es el manejo de la sepsis, debe drenarse tan pronto se realice el diagnóstico e instituir la terapéutica antibiótica indicada.

La somatostatina o sus análogos se consideran capaces de reducir el débito fistuloso de forma importante. En el caso reportado, a pesar de no utilizarse en perfusión continúa. En la literatura se plantea que a partir de su administración, el débito fistuloso comienza a reducirse de forma evidente ⁽¹⁰⁾.

En resumen, se presentó un caso de fístula enterocutánea de alto débito, que mostró varios de los graves problemas que se asocian a este tipo de complicación, pero que finalmente tuvo una evolución satisfactoria con la implementación de un tratamiento conservador.

El tratamiento quirúrgico de elección (resección y anastómosis) debe plantearse sólo cuando el enfermo esté recuperado (ausencia de focos sépticos y buena respuesta inmunitaria) y se haya intentado previamente con el tratamiento conservador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Irvong M. Fístulas gastrointestinales. Maigot R. Buenos Aires: Operaciones abdominales. Panamericana, 1986: p. 343. T.1
2. Katz E. Pre y postoperatorio. Eudeba, 1971: p. 724. T. 2
3. Sitges Serra A, Jaurieta E, Stiges Creus A. Management postoperative fistulas the roles of parenteral nutrition and surgery BR J Surg 1980; 69: 147 – 150.
4. Sitges Serra A, Guirao X, Pereira J. Treatment of gastrointestinal fistula with sandostatin digestion 1993: 54 (1); 38-40.
5. Borison D, Blom A, Prithard T. Treatment enterocutaneous and colocutaneous fistulas with early surgery of somatostatin analog. Dis Colon Rectum 1992; 35: 635 -639.
6. Imbetro A, Pérez Tamayo A, Lillemoe K. Fístula del intestino delgado. Zuidema G. Cirugía del aparato digestivo. Buenos Aires Panamericana: 1993: p. 629. T. 5.
7. MC Intyre P, Ritchie J, Hawley P, Bartram C. Management enterocutaneous fistulas: Review of 132 cases. Brj Surg 1984; 71: 293 – 296.
8. Nubiola P, Badía J, Martine R. Treatmen of 27 postoperative enterocutaneous fistulas with the long half live somatostatin analogue. Ann Surg 1989; 210: 56-58.
9. Cuhna Madeiros A; Rosado Soares C. Treatmen of enterocutaneous fistulas by high pressure suction with normal diet. Am Surg 1990; 159: 411-413.
10. Zera R, Bubrik M, Sternquist J. Enterocutaneous fistulas. Effects of total parenteral nutrition and surgery Dis Colon Rectum 1983; 26: 109-112.

Correspondencia: Mayra Vincench Medina. Dirección: Garayalde 210 / Miró y
Morales Lemus. Holguín