



P-044 - EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA EN EL ABDOMEN ABIERTO: UN RETO PARA EL CIRUJANO

T. Prieto-Puga Arjona, L. Romacho López, A.J. González Sánchez, J.M. Aranda Narváez, C. Montiel Casado, A. Titos García, M.E. Gámez Córdoba y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El cierre de abdomen temporal forma parte de la cirugía de control de daños, pero añade complicaciones inherentes. La aparición de una fístula enteroatmosférica es la más difícil y temida para los cirujanos. La mortalidad de esta patología es muy elevada y, además, supone un reto para el personal responsable de su asistencia.

Caso clínico: Paciente de 60 años sometida a una cirugía de la carcinomatosis peritoneal con citorreducción quirúrgica completa y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal por un adenocarcinoma apendicular en 2012. Tras identificarse nueva recidiva, se decide cirugía de rescate. Durante el procedimiento, se identifica un PCI de 14. Debido a la presencia de una lesión que obligaba a una exenteración pélvica se decidió solo citorreducción; se realizó una resección ileal y anastomosis íleo-cólica y una hemicolectomía izquierda con colostomía terminal. En el 4º día postoperatorio, comenzó con débito por el drenaje abdominal de contenido fecal sin repercusión clínica inicial. En el 8º día, la paciente empezó con inestabilidad hemodinámica, fiebre y alteraciones analíticas, lo que obligó a reintervenirla. Presentaba una severa peritonitis fecaloidea generalizada causada por una necrosis de la anastomosis ileo- cólica. Se llevó a cabo la resección del segmento necrótico, colectomía total y lavado abundante de la cavidad. Las condiciones locales y la presencia de SIRS con fracaso hemodinámico, obligaron a realizar un cierre de abdomen temporal con terapia de presión negativa (Abthera, KCI). En el tercer cambio, se evidenció contaminación intestinal en la cavidad abdominal por una fuga de yeyuno medio que se suturó y se realizó una ileostomía terminal. En la siguiente revisión, se objetivó la presencia de una fístula enteroatmosférica lateral. Ante esta eventualidad y con el fin de evitar que la secreción de la fístula se vertiera a cavidad, utilizamos el sistema de presión negativa VAC (KCI) y, aprovechándonos del mismo, conseguimos tutorizarla utilizando: una sonda de Foley, excluyendo la punta; se seccionó un segmento con una longitud ligeramente superior a la distancia existente desde la fístula a la pared abdominal. Pasta de colostomía. Al colocar las esponjas, recortamos el espacio exacto para que la sonda de Foley pudiera atravesarlas, la ubicamos y pusimos a su alrededor pasta de colostomía con efecto aislante. Al poner la lámina adhesiva sobre las esponjas, se realizó una doble apertura: la necesaria para aplicar el succionador y una nueva para sacar la sonda de Foley. Entre el plástico y la sonda de Foley, también aplicamos pasta de colostomía una vez se había establecido el vacío, limitando la apertura del plástico para evitar fuga alrededor de la sonda. Utilizamos una bolsa colectora para recoger el débito de la fístula, consiguiendo una recogida efectiva sin pérdidas. Con cada cambio de VAC cada

48-72h, repetimos el procedimiento.

Discusión: Presentamos el método empleado para controlar una fístula enteroatmosférica tras una cirugía de control de daños por una sepsis abdominal grave. Este procedimiento, permite aislar la fístula hasta alcanzar las condiciones idóneas para cerrar la pared abdominal, momento en el cual se realizará un tratamiento definitivo de la misma.