



V-121 - MANEJO DE FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA. REPARACIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTE CON PARED ABDOMINAL COMPLEJA

Fernández Sánchez, Ana Isabel; Sánchez González, Claudia; Romacho López, Laura; Leon Díaz, Fran Javier; Cabello Burgos, Antonio; Aranda Narváez, Jose Manuel

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La fístula enteroatmosférica es una complicación infrecuente pero temida por el cirujano, no estando estandarizado su manejo. Dado su complejidad, requiere un tratamiento individualizado y un abordaje multidisciplinar, comenzando por una optimización del paciente y la ostomización de la fístula. Su resolución quirúrgica es técnicamente exigente, debiendo postponerse meses.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un varón de 66 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, SAOS con CPAP domiciliaria, FA paroxística y enfermedad renal crónica. Como antecedentes quirúrgicos, el paciente fue intervenido de hernia umbilical y múltiples eventroplastias posteriores (hasta doce cirugías con colocación de diferentes tipos de mallas). Es derivado a la Unidad de Pared Abdominal Compleja de nuestro centro en 2020 para reparación, realizándose una eventroplastia tipo TAR con buena evolución posquirúrgica salvo leve extrusión de malla que se manejó de forma ambulatoria. Es revisado por Cirugía Plástica con exéresis de malla y realización de injerto de piel. En relación con aumento de índice de masa corporal (IMC) del paciente, acude a urgencias de nuestro hospital en 2022 por dolor abdominal diagnosticándose de nueva eventración complicada con perforación intestinal y peritonitis localizada en saco herniario, requiriendo de reintervención quirúrgica urgente con resección intestinal y cirugía de control de daños (CCD) por inestabilidad hemodinámica con sistema de abdomen abierto con terapia de presión negativa convencional, realizándose un cierre de pared abdominal en una segunda revisión (técnica Chevrel y colocación de malla supraaponeurótica con imposibilidad de cierre del defecto cutáneo por lo que se coloca un VAC de herida para granulación del tejido y posterior valoración de injerto). Al +7 día posquirúrgico se detecta fístula enteroatmosférica. Se realiza un manejo no quirúrgico con ostomización de la fístula con múltiples sistemas (VAC herida, tetinas de biberón, jeringas...) siendo dado de alta al cuarto mes de ingreso. Tras una prehabilitación prolongada en la que se implica Endocrinología, Neumología y Rehabilitación, se resuelve quirúrgicamente a los 10 meses del diagnóstico: resección intestinal de la fístula enteroatmosférica con anastomosis manual doble capa y TAR bilateral con colocación de malla Phasix ST y Dipromed, siendo dado de alta al +9 día tras intervención.

Discusión: La fístula enteroatmosférica es una patología compleja tanto para el paciente como para el cirujano, que supone ingresos prolongados e implica un manejo multidisciplinar. Uno de los

pilares fundamentales es la ostomización de esta, lo cual requiere de ingenio. El tratamiento quirúrgico definitivo es técnicamente exigente, debiendo llevarse a cabo en centros de referencia con un mayor volumen.