



P-304 - ¿FÍSTULA O RECIDIVA? MANEJO TRAS AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL

Vázquez Melero, Alba; Uriarte Bergara, Beatriz; Loizate Totoricaguena, Alberto; González de Miguel, Melania; García Herrero, Silvia; Losada Docampo, Iria

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: El manejo terapéutico de los pacientes con fístula enterovesical tras amputación abdominoperineal, supone un reto dada la dificultad de obtener un diagnóstico definitivo de ausencia o presencia de recidiva tumoral de manera preoperatoria.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 79 años hipertenso, cardiópata con hipertensión pulmonar secundaria al contacto con asbesto. En 2001 se le realizó una amputación abdominoperineal por un adenocarcinoma de recto, previa administración de radio-quimioterapia de manera adyuvante. Un año después, ante la existencia de un cuadro obstructivo secundario a adherencias pélvicas, fue necesario la creación de un bypass íleo-ileal de urgencia. Posteriormente el paciente decidió no realizar seguimiento de su patología tumoral. En 2015 comenzó con dolor perineal y fecaluria. Se solicitó una TC apreciándose una masa presacra sin plano de separación con la vejiga. Se amplió el estudio realizando un PET, observándose una masa con elevada actividad metabólica fistulizada a vejiga que no permitía descartar infiltración tumoral. Ante la clínica urológica se decidió realizar una resección transuretral en la que se demostró la existencia de 2 orificios en cara posterior de vejiga que fistulizaban a un fondo de saco ciego, así como contenido alimenticio sin digerir. Se tomaron biopsias en las que no se evidenció malignidad. Se remitió al paciente a nuestro servicio donde se le aportó nutrición parenteral y fue valorado por respiratorio de manera preoperatoria. Fue intervenido de manera programada, observándose la existencia de una fístula enterovesical, entre un asa íleon empotrada en pelvis, donde existía una cloaca residual y la cara postero-inferior vesical. Se liberó, resecó y realizó anastomosis latero-lateral mecánica y se procedió al cierre vesical con puntos sueltos. Así mismo, se introdujo el epiplón mayor en la cavidad pélvica fijándolo a peritoneo. El estudio anatomopatológico no evidenció recidiva. Estando ingresado en planta desarrolló una neumonía nosocomial que lo inestabilizó respiratoriamente y requirió su traslado a la Unidad de Reanimación. El décimo día postoperatorio ante la persistencia de dolor abdominal y el no funcionamiento de la colostomía se realizó una nueva TC en la que se observó hidroneumoperitoneo compatible con una posible fuga a nivel de íleon. Se realizó una intervención de urgencia apreciándose una perforación de íleon proximal a la anastomosis, la cual se encontraba íntegra. Se efectuó rafia de la perforación así como se comprobó la estanqueidad de la vejiga mediante instilación de azul de metileno, siendo ésta correcta. La evolución postoperatoria a nivel respiratorio fue tórpida ya que presentó múltiples infecciones respiratorias que requirieron la intubación y posterior traqueostomización del paciente. Finalmente, tras más de 70 días de ingreso,

se decidió limitar el esfuerzo terapéutico.

Discusión: Las fístulas enterovesicales se encuentran en el 0,04% de los pacientes. Su etiología más frecuente es la diverticulitis aguda (65-79%), seguida por las neoplasias (10-20%), el Crohn (10%) y los linfomas. También son secundarias a quimio-radioterapia o iatrogenia (cirugía abdominopélvica). El manejo depende de la etiología, localización y trayecto, delimitados por el TC y RM, siendo la cirugía el tratamiento de elección en la mayoría de los casos.