



P-562 - DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS AL TRASPLANTE INTESTINAL

del Pozo, Pilar; Caso, Óscar; Rioja, Paula; Cobo, Cristina; Bermello, Carlos; Orive, Borja; Jiménez, Carlos

Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El 20% de las fístulas enterocutáneas asientan en pacientes con enfermedad de Crohn (espontánea o tras resección intestinal) y otras después de procesos infecciosos, neoplasias, lesiones raras, infecciones, problemas vasculares, etc. Un bisturí agresivo y una indicación quirúrgica laxa pueden ser en ocasiones los peores enemigos del paciente. La cirugía de la obstrucción intestinal por adherencias en pacientes ya intervenidos previamente puede ser muy compleja en caso de encontrarnos un abdomen hostil. Una resección intestinal no indicada, unos márgenes de resección exagerados o un manejo descuidado pueden terminar en un abdomen catastrófico con el desarrollo de un síndrome de intestino corto (SIC) y la necesidad de nutrición parenteral domiciliaria. El trasplante intestinal (TI) surge como alternativa de tratamiento en estos casos.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una paciente que tras ser intervenida en múltiples ocasiones desarrolla múltiples fístulas enterocutáneas desarrollando un SIC con la necesidad de NPT. Mujer de 62 años que es intervenida por obstrucción intestinal secundaria a adherencias, y que presenta durante el postoperatorio múltiples complicaciones en forma de fístulas entéricas, realizándose tras varias reintervenciones una resección intestinal masiva y una hemicolectomía derecha ampliada. En esta situación la paciente presenta una laparostomía de gran tamaño con varios orificios fistulosos y amplio débito biliar, precisando curas con terapia de presión negativa (TPN) y nutrición parenteral total (NPT), por lo que es derivada a nuestra unidad como candidata a TI. Tras varias pruebas se pone de manifiesto la existencia de un remanente intestinal de unos 60 cm y todo el colon izquierdo, por lo que se decide intentar una reconstrucción del tránsito antes del TI. Inicialmente se libera todo el paquete intestinal y se reparan los orificios fistulosos, realizando un cierre temporal de la pared abdominal con una malla DUAL. En el postoperatorio desarrolla nuevamente una fístula intestinal requiriendo otras 3 reintervenciones con el mismo resultado final, por lo que finalmente se decide realizar TI. Se realiza enterectomía completa hasta la unión duodenoyeyunal ligando los vasos mesentéricos superiores en su origen y se realizan las siguientes anastomosis: anastomosis de la vena mesentérica superior del injerto a la vena cava del receptor, anastomosis de la arteria mesentérica superior del injerto a la aorta infrarrenal del receptor, anastomosis del extremo proximal del injerto a la segunda porción duodenal del receptor y anastomosis del extremo distal de injerto al colon del receptor, dejando una ileostomía lateral y realizando un cierre temporal con una malla DUAL. Tras un ingreso prolongado la paciente es dada de alta a los 120 días. En el momento actual se encuentra en seguimiento ambulatorio con

autonomía digestiva y bien adaptada a la ileostomía sin necesidad de aportes parenterales, realizándose ileoscopias de control cada 15 días.

Discusión: En pacientes con múltiples cirugías abdominales se han de realizar estrategias prequirúrgicas sólidas y multidisciplinarias de cara a garantizar cirugías económicas y postoperatorios seguros e individualizados a las necesidades de cada paciente. El trasplante intestinal en pacientes con SIC es una buena opción de tratamiento a tener en cuenta.