



## V-160 - TRATAMIENTO DEFINITIVO DE LA FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA. QUÉ HACER CUANDO TODO VA MAL

Tellaeche de La Iglesia, Miriam<sup>1</sup>; Durán Muñoz-Cruzado, Virginia María<sup>2</sup>; Nóvoa Martínez, Ricardo<sup>1</sup>; Martínez Casas, Isidro<sup>2</sup>; Martín Jiménez, Carmen<sup>2</sup>; Aparicio Sánchez, Daniel<sup>2</sup>; Padillo Ruiz, Javier<sup>2</sup>; Pareja Ciuró, Felipe<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo; <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** La fístula enteroatmosférica se define como la comunicación entre la luz intestinal y la pared abdominal, producida habitualmente por una complicación quirúrgica. Su tratamiento inicial debe ir encaminado al control del débito de la fístula, asegurar el correcto estado nutricional y del balance hidroelectrolítico del paciente. Una vez alcanzado los objetivos iniciales, se debe plantear la solución definitiva mediante tratamiento quirúrgico.

**Caso clínico:** Varón de 51 años con antecedentes de hipertensión, diabetes tipo 2 y obesidad. Intervenido en 2002 de eventración umbilical recidivada en múltiples ocasiones, posteriormente en 2005 de una peritonitis por perforación intestinal con posterior necesidad de drenajes de abscesos intrabdominales. Acude derivado de otro centro por fístula enteroatmosférica (grado 4 de la clasificación de Björk) por complicaciones posoperatorias tras nueva cirugía de la eventración, en la que se le había realizado una eventroplastia tipo TAR. Presenta un fallo intestinal tipo II con fístula a nivel de yeyuno medio a unos 120 cm del Treitz. Junto al control inicial del cuadro séptico, se trabaja en el control local de la fístula mediante la realización de un estoma flotante con un dispositivo diseñado de forma personalizada mediante bioescáner y bioimpresión asociado a sistema de presión negativa. Tras 3 meses de curas locales, se consigue finalmente la ostomización de la fístula. Se instaura nutrición parenteral total. Una vez conseguido un buen control local de la fístula comenzamos con nutrición oral para favorecer la rehabilitación intestinal. Debemos asegurar un correcto estado nutricional y proteico, así como un adecuado balance hidroelectrolítico, que puede encontrarse alterado por las pérdidas intestinales. Además, el paciente requerirá de una rehabilitación motora y apoyo psicológico y emocional durante todo el proceso. Cuando conseguimos la correcta optimización del paciente y nunca antes de los 6 meses de la última cirugía, se decide intervención quirúrgica siguiendo tres principios quirúrgicos fundamentales: resección del segmento intestinal involucrado en la fístula, restablecimiento del tránsito y reconstrucción de la pared abdominal. Tras la cirugía el paciente presenta como complicación una isquemia de la piel de los bordes de la herida, con exposición progresiva de la malla, por lo que se decide colocación de terapia de presión negativa. Para la reparación definitiva se realiza un colgajo musculocutáneo anterolateral de muslo por parte de Cirugía Plástica que presenta necrosis por isquemia los días sucesivos que acaba precisando retirada del colgajo y curas planas, con injerto de piel posterior. Actualmente el paciente se encuentra de alta, con autonomía para la alimentación vía oral, cierta limitación funcional que le permite caminar y hacer una vida independiente. Presenta cicatrices

queloides de la zona donante de piel y del colgajo.

**Discusión:** La fístula enteroatmosférica es una patología muy compleja y con una elevada morbimortalidad, por lo que su manejo debe estar centralizado en centros especializados. Es fundamental la correcta optimización del paciente, lo que involucra a distintas especialidades y numerosos profesionales. El tratamiento definitivo es quirúrgico y busca resolver el fallo intestinal asociado buscando la autonomía del paciente y mejorando la calidad de vida.