



P-459 - Tutorización de fístula intestinal mediante colocación de tubo de Kehr intraluminal

M. Bellón López de Antón-Bueno, M. Díez, J. Ruiz-Tovar, L. Armañanzas, M.A. Gómez, I. Oller, I. Galindo y A. Arroyo

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Resumen

Introducción: La dehiscencia anastomótica es una de las complicaciones más frecuentes de las anastomosis intestinales. Cuando ocurre a nivel de anastomosis de intestino delgado, suelen producir un cuadro de peritonitis que requiere la reintervención del paciente. Habitualmente se reseca la anastomosis y se realiza nuevamente sobre tejido intestinal sano. En ocasiones, durante la reintervención, existen múltiples adherencias que complican la liberación de asas intestinales para poder rehacer la anastomosis de forma segura. En esos casos y cuando la solución de continuidad es pequeña, una opción de tratamiento puede ser tutorizar la fístula al exterior, convirtiéndola en una fístula intestinal de bajo débito, que puede cerrar de forma espontánea.

Caso clínico: Varón de 73 años con antecedentes de hiperuricemia, hipertensión arterial e intervenido quirúrgicamente de úlcera gástrica realizando antrectomía y reconstrucción tipo Billroth II hace más de 40 años. En el momento actual seguido por Digestivo debido a episodios de hemorragia digestiva alta por la presencia de lesión de Dieulafoy en la anastomosis gastroyeyunal que se consiguen limitar con tratamiento por vía endoscópica. Acude al Servicio de Urgencias por episodio de melenas de repetición de 48 horas de evolución no acompañadas de náuseas ni vómitos con ligero dolor a nivel epigástrico. A su llegada a Urgencias presenta Hb 10,3 descendiendo a 5,8 el primer día de ingreso por lo que requiere transfusión sanguínea. Anemización progresiva produciéndose al quinto día de ingreso nuevo episodio de HDA con anemización e inestabilidad hemodinámica por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. Se observa un vaso arterial sangrante a nivel de la anastomosis gastroyeyunal, compatible con una lesión tipo Dieulafoy. Se realiza resección de la anastomosis y reconstrucción en Y de Roux. Se deja un drenaje tipo Jackson Pratt adyacente a la anastomosis gastroyeyunal. Al 2º día postoperatorio se observa débito de contenido intestinal por el drenaje, por lo que precisa reintervención quirúrgica realizándose sutura del orificio fistuloso y se deja tutorizada la fístula con tubo de Kher intraluminal a través del defecto anastomótico y drenaje perianastomótico. Se desestima la realización de nueva anastomosis por tejido anastomótico friable e imposibilidad de liberar las asas intestinales adyacentes por multitud de adherencias. En el postoperatorio se deja al paciente en dieta absoluta con nutrición parenteral total. Se objetiva con disminución del débito de la fístula hasta su cierre definitivo a los 20 días de la 2ª intervención.