



P-073 - MANEJO DE FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA MEDIANTE SISTEMA ABTHERA

C. Marín Campos, Á. Valdés de Anca, J.L. Muñoz de Nova, F.A. Gimeno Calvo, I. Alonso Diego, A. Rodríguez Sánchez, M.E. Martín Pérez y F. Díaz Rojas

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: La fístula enteroatmosférica es una de las complicaciones más graves de los pacientes con abdomen abierto tras múltiples reintervenciones quirúrgicas. A diferencia de las fístulas enterocutáneas, no se encuentran epitelizadas y vierten el contenido intestinal directamente a la herida. Se producen como resultado de una fuga anastomótica, lesión intestinal o exposición prolongada de la pared intestinal. El tratamiento incluye el manejo nutricional, corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base, manejo de la infección y sepsis asociada, e inhibición de la secreción gastrobiliopancreática. Su manejo es complejo y asocia una alta morbilidad y mortalidad (40%). Un pilar del tratamiento es la paciencia y una estrategia bien planeada, siendo de gran utilidad la terapia de presión negativa (Vacuum Assisted Closure-ABThera, KCI®), que disminuye la respuesta inflamatoria, mantiene la separación entre la pared abdominal y las asas intestinales y acelera la granulación y cicatrización de la herida. Presentamos el caso de un paciente con una fístula enteroatmosférica tratado satisfactoriamente mediante este método.

Caso clínico: Varón de 65 años ingresado durante un mes en Nefrología por insuficiencia renal aguda y bacteriemias de repetición por *Pseudomonas* en el que se diagnosticó una neoplasia de colon en ángulo esplénico. Fue intervenido mediante hemicolectomía izquierda y colostomía terminal dado su alto riesgo quirúrgico y mala situación basal. En el postoperatorio presentó múltiples complicaciones por necrosis de la colostomía, dehiscencia de muñón cólico y hematomas intraabdominales infectados, que condicionaron un cuadro de shock séptico, fracaso renal y respiratorio con ingreso en Unidad de Reanimación Postquirúrgica, ventilación mecánica prolongada y 3 reintervenciones quirúrgicas con necesidad final de manejo con abdomen abierto. Tras la última cirugía el paciente presentó fístula enteroatmosférica en la laparostomía, por lo que se decidió instaurar terapia VAC. Los días siguientes, se realizó tratamiento con nutrición parenteral total dado el alto débito de la fístula y antibioterapia de amplio espectro. El paciente presentó buena evolución, con un progresivo cierre de la laparostomía y tutorización de la fístula con sonda Pezzer. Una vez conseguida la granulación de la laparostomía salvo en la zona fistulosa, se sustituyó el sistema VAC por una cura con bolsa de colostomía y métodos de barrera, permitiendo la progresiva tolerancia oral del paciente y aumento en su movilidad y autonomía.

Discusión: El paciente con abdomen séptico, peritonitis plástica y fístula enteroatmosférica tras múltiples intervenciones quirúrgicas supone un reto terapéutico. Consideramos que la cirugía de

control de daños con abdomen abierto y terapia de presión negativa (ABThera) para el manejo del foco séptico es la mejor opción terapéutica para estos pacientes y permite diferir la cirugía de reparación de la continuidad intestinal y cierre definitivo de la pared abdominal hasta que se estabiliza la situación clínica.