



P-457 - FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA SECUNDARIA A MALLA DE POLIPROPILENO: REPARACIÓN DE PARED ABDOMINAL CON MALLA BIOLÓGICA

N. Orozco Gil, J. Carbó López, C. Montesinos Melia, A. Coret Franco, U. Ponce Villar, A. Bañuls Matoses, C. Rodero Astaburuaga, M.L. Martínez Ballester, R. Blasco Piqueras, F. Melo Escrihuahuela y F. Caro Pérez

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francisc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: Analizar la fístula enterocutánea como complicación derivada del uso intraperitoneal de mallas de polipropileno.

Caso clínico: Mujer de 68 años de edad, intervenida en Bulgaria por ulcus duodenal sangrante en 2010 y reintervenida por eventración en 2011, realizándose reparación de la pared abdominal con varias mallas, y que requiere posteriormente 3 meses de ingreso por complicaciones derivadas de la cirugía (que la paciente no sabe explicar). Acude a nuestro servicio de urgencias por presentar sinus crónico de la herida con secreción purulenta periumbilical (diagnosticada desde 2011) sin asociar fiebre, alteraciones del tránsito intestinal o de la ingesta. Se decide ingreso a cargo del Servicio de Cirugía para iniciar tratamiento antibiótico endovenoso. Se evidencia posteriormente fístula enterocutánea que alimenta dicho sinus y se decide programar intervención quirúrgica. Se realiza laparotomía suprainfraumbilical sobre cicatriz previa. Intraperitonealmente se aprecian adherencias firmes de las asas intestinales y plastrón pétreo de intestino delgado (ID) con segmento de malla de polipropileno de 15 × 15 cm en el trayecto de la fístula intestinal, bañada en material entérico; con un orificio de 1 cm en asa ileal, que nutre la fístula y peritonitis asociada alrededor de la prótesis. A nivel supraumbilical se objetivan 3 mallas de polipropileno colocadas unas sobre otras, en contacto con varias asas ileales. Se realiza despegamiento y exéresis de las mismas; se libera todo el ID hasta válvula ileocecal, todo ello con gran dificultad. Se completa con resección intestinal de 80 cm de íleon incluyendo orificio fistuloso, divertículo de Meckel no complicado y restos de malla de polipropileno. Se procede a cierre de pared abdominal con malla biológica de dermis porcina de 20 × 15 cm. La paciente presenta evolución satisfactoria tras la cirugía, siendo dada de alta al décimo día postoperatorio. La anatomía patológica de la pieza confirma posteriormente tejido de granulación con inflamación aguda y crónica focal con células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño, adenopatías con hiperplasia folicular linfoide; sin evidencia de malignidad. Revisión postoperatoria a los 45 días sin recidiva de la eventración.

Discusión: De acuerdo con la bibliografía hay que evitar la colocación de mallas de polipropileno intraperitoneales. El caso descrito es una complicación debida a la erosión de un asa intestinal por la malla. Para la corrección del defecto de pared y dada la contaminación presente, se ha de recurrir a otro tipo de mallas, siendo las biológicas las de elección. El seguimiento a largo plazo nos permitirá comprobar la efectividad de la malla biológica para la reparación de la pared abdominal.

See front matter © 2013. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados