



P-543 - RECONSTRUCCIÓN DE PARED CATASTRÓFICA: TRAYECTOS FISTULOSOS MÚLTIPLES ENTEROATMOSFÉRICOS POR INTROSPECCIÓN DE MATERIAL PROTÉSICO EN INTESTINO DELGADO

López de la Torre Molina, Beatriz; Gutiérrez Andreu, Marta; Fernández Alonso, Magel; Yuste, Pedro

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Presentación de un caso clínico describiendo una de las complicaciones menos frecuentes asociada a reparación con malla de la pared abdominal, la aparición de fístulas complejas por inclusión de material protésico en el intestino.

Caso clínico: Varón 57 años con múltiples antecedentes quirúrgicos: esplenectomía, evisceración en postoperatorio con eventroplastia, infección de herida quirúrgica y material protésico con varias intervenciones posteriores de la pared abdominal. Acude a nuestro hospital con supuración crónica de material purulento/fecaloideo, por orificios fistulosos múltiples en línea media abdominal. Se trató de inicio con nutrición parenteral, reposo digestivo y curas. Se decide intervención quirúrgica. En la cirugía se evidenció importante síndrome adherencial, con dos sacos herniarios que contenían intestino delgado y colon transverso. Tras adhesiolisis se identificaron varias colecciones encapsuladas entre asas, y una perforación en intestino delgado con trayecto fistuloso a piel y con un fragmento de malla de polipropileno en su interior. Se llevó a cabo resección del tramo afecto con anastomosis latero-terminal. Se resecó parte del saco herniario con cierre del mismo y eventrorrafia. Posteriormente presentó dehiscencia de la sutura de la piel en el punto de mayor tensión, con buena evolución. Las fístulas enterocutáneas conllevan una alta comorbilidad y mortalidad, principalmente asociado al proceso de sepsis. La principal causa de fístulas es la iatrogenia. Pueden aparecer también de forma espontánea, asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal, radioterapia, etc. En el contexto de la cirugía, la aparición de fístulas aumenta en patologías malignas, secundarias a infecciones o fugas anastomóticas. En el manejo inicial es imprescindible la fluidoterapia, el control electrolítico y el reposo digestivo. En varios estudios se establece un tiempo de 4-6 semanas de manejo conservador. Un porcentaje no despreciable de fístulas cierran de forma espontánea en este periodo. En los casos en los que el manejo conservador fracasa, el tratamiento quirúrgico se plantea como tratamiento definitivo. La utilización de mallas en la reparación de hernias de pared abdominal es una de las técnicas más utilizadas actualmente. Dentro de las complicaciones, la aparición de fístulas por contacto de la malla con el intestino es una complicación rara. En dos de los últimos casos publicados, el tratamiento de elección fue la resección del asa afecta. En ambos se encontró inclusión de una malla de polipropileno. El cierre de la pared en uno o dos tiempos, es una línea aún en controversia. La utilización de mecanismos de presión negativa como el VAC, puede ser de utilidad en pacientes con dificultad para un cierre primario

Discusión: Las complicaciones de la reparación de pared abdominal con material protésico, que conllevan inclusión de la malla en el intestino, es poco frecuente, y se asocia más a la colocación de la misma subaponeurótica. Se ha reducido considerablemente la incidencia desde la introducción de nuevos materiales. Sin embargo, dado que no están exentos de complicaciones, es importante saber abordarlas. La reconstrucción de la pared abdominal con fistulas múltiples complejas puede considerarse un reto, debe abordarse desde un ámbito multidisciplinar y, en muchas ocasiones, en varios actos quirúrgicos.