



P-613 - MANEJO DE FÍSTULA ENTERO-ATMOSFÉRICA CON SISTEMA DE PRESIÓN NEGATIVA Y TETINA DE BIBERÓN

Ávila García, Natalia Soledad; Álvarez Escribano, María Salud; Cabrera Bermón, Juan; Cuba Castro, José Luis; Martos Rojas, Noemí; Hinojosa Arco, Luis Carlos; de Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: La fístula entero-atmosférica se define como la comunicación entre la luz intestinal y la superficie de una herida abdominal abierta. Se trata de una entidad infrecuente de manejo complejo, y que se asocia a un alto grado de morbimortalidad así como importante deterioro de la calidad de vida. Presentamos el caso de una paciente con fístula entero-atmosférica con evolución favorable mediante el empleo de terapia de presión negativa.

Caso clínico: Mujer de 81 años con los siguientes antecedentes quirúrgicos: Histerectomía con doble anexectomía, hernioplastia umbilical tipo Rives y Laparotomía exploradora por obstrucción intestinal secundaria a brida que se complica con fístula intestinal proximal que requiere reintervención con resección del segmento afecto. Acude a urgencias por cuadro de obstrucción intestinal secundaria a neoformación en unión recto-sigma sin enfermedad a distancia; ante imposibilidad para colocación de endoprótesis se realizó sigmoidectomía tipo Hartmann (durante la intervención se evidencia importante síndrome adherencial) con evolución favorable hasta el alta al 6º día posoperatorio. A la semana del alta reingresó por drenaje de contenido fecaloidea a través de la laparotomía media. En la tomografía computarizada se evidenció a nivel de línea media supraumbilical, subyacente al material de sutura y en contacto con el borde antimesentérico del colon transversal una colección de 2,5 × 6,2 × 5,4 cm con patrón en miga de pan. Ante el diagnóstico de fístula intestinal distal asociada a colección intraabdominal se decide drenaje quirúrgico de la misma, aislamiento de la fístula mediante el empleo de tetina de biberón y colocación de sistema VAC en herida. Requirió un ingreso hospitalario prolongado con soporte nutricional, terapia farmacológica para control del débito intestinal (loperamida), antibioterapia de amplio espectro y control local de la herida con sistema de vacío. Finalmente, una vez conseguida la granulación de la laparotomía salvo a nivel de la zona fistulosa, se sustituyó el sistema VAC por bolsa de colostomía y métodos de barrera.

Discusión: El manejo de la fístula entero-atmosférica supone un reto terapéutico y debe tener un abordaje multidisciplinar. Es importante elaborar una estrategia terapéutica en función de las características de nuestro paciente y el tipo de fístula.