

FISTULA ENTEROATMOSFÉRICA MANEJO QUIRÚRGICO CON CURACIÓN TIPO CHIMENEA

JÉSHUA WANDHERLEY DOS SANTOS RAMÍREZ



ENTEROATMOSPHERIC FISTULA SURGICAL MANAGEMENT WITH CHIMNEY TYPE DRAPE

RESUMEN

Introducción: Las fistulas se definen como una comunicación anormal entre dos estructuras epitelizadas. En este caso se da entre la luz intestinal y la superficie de una herida abdominal abierta. Es una complicación grave que habitualmente se debe a alguna intervención quirúrgica. Su manejo es bastante complejo y supone un reto para el cirujano. En este artículo se presenta el manejo con curación tipo chimenea que incluye terapias combinadas como el, el condón de rivera, sonda foley, sistema V.A.C y otras variantes. **Caso clínico:** Paciente femenina de 42 años de edad quien, es operada por apendicitis complicada y secundario a esto presenta fistula enteroatmosférica, se logra dirigir la fistula y aislar con curación tipo chimenea, técnica que se describe en este artículo. Posterior a varios recambios paciente se reanastomosa. **Conclusión:** la curación tipo de chimenea es una opción útil en el manejo de fistulas entero-atmosféricas, especialmente para dirigir el gasto de estas y aislarlas del resto de estructuras cercanas.

Palabras clave: Fistula, entero-atmosférica, anormal, cirugía abdominal, chimenea

ABSTRACT

Introduction: Fistulas are defined as an abnormal communication between two epithelialized structures. In this case, it occurs between the intestinal lumen and the surface of an open abdominal wound. It is a serious complication that usually results from some type of surgical intervention. Its management is quite complex and poses a challenge for the surgeon. This article presents the management with a chimney-type closure, which includes combined therapies such as the Rivera condom, Foley catheter, V.A.C. system, and other variations. **Clinical case:** A 42-year-old female patient underwent surgery for complicated appendicitis and, secondary to this, developed an enteroatmospheric fistula. The fistula was successfully directed and isolated using a chimney-type closure, a technique described in this article. After several changes, the patient underwent reanastomosis. **Conclusion:** The chimney-type closure is a useful option in the management of enteroatmospheric fistulas, especially to direct their output and isolate them from nearby structures.

Key words: Fistula, entero-atmospheric, abnormal, abdominal surgery, chimney

1. Cirujano General. Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt, Guatemala. Cuidad de Guatemala-Guatemala. Correo electrónico: jeshuadosantos@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las fistulas enterocutáneas son comunicaciones anormales entre el intestino y la atmósfera, las causas son varias pero el tratamiento es complejo ya que la gran mayoría presentan perpetuación y en muchas ocasiones conllevan a la muerte del paciente por procesos como sepsis o deshidratación con trastornos hidroelectrolíticos.^{1,4}

El tratamiento es controversial y existen muchos tonos de grises en cuanto a tomar una u otra conducta. El objetivo debe ser el cierre de la fistula y para estos muchos optan por un tratamiento expectante en donde se realizan curaciones y se espera entre cuatro a 6 semanas para el cierre espontáneo de la fistula, lo cual debería de suceder media vez la fistula tenga factores de buen pronóstico, mientras tanto se da un manejo multidisciplinario de los electrolitos, la hidratación, la sepsis, el cuidado de la piel y el estado nutricional.¹⁻⁴ Actualmente son más los centros que optan por manejos de abdomen abierto que incluyen múltiples opciones, la que mejores resultados ha demostrado es la terapia con presión negativa y sus variantes, en este caso se utiliza la curación en chimenea la cual combina la terapia por presión negativa con otros métodos como el condón de rivera y que puede ser una alternativa útil y que no agrega muchos costos para manejar las fistulas, en comparación con otros tratamientos.¹⁻⁴

A continuación, presentamos un caso de una paciente con fistula entero-atmosférica y su manejo con curación tipo chimenea.

Presentación del caso

Información del Paciente

Se presenta el caso de paciente femenina de 42 años, quien es referida de hospital departamental, intervenida en múltiples ocasiones siendo la operación índice una apendicectomía, la cual estaba perforada, se intentó realizar ileoascenso anastomosis pero fracasa y presenta salida de material fecaloide por herida operatoria es reintervenida, pero presenta abdomen congelado, infranqueable y no es posible derivación con ileostomía, ni otro tipo de reparación, paciente queda con fistula entero-atmosférica de manejo insidioso por lo que deciden referir a nuestro centro.

Tratamiento realizado

Se decide realizar manejo de la fistula con curación tipo chimenea. A continuación, se describen los pasos que se hicieron para este procedimiento: el 1º paso consiste en colocar un condón de Rivera, esto se hace con un condón de látex, el cual se coloca de forma que quede alrededor del agujero por donde se comunica la fistula, luego se realiza sutura continua entre el condón y el tejido con hilo con material no absorbible, es este

caso se utilizó con vicryl 3-0. El 2º paso es colocar se coloca un biberón dentro se introduce sonda tipo Foley calcular según el tamaño de la fistula en este caso se utilizó una sonda de 22 french, esta luego se introduce dentro del condón y dentro de la fistula. Ya adentro se insufla, con agua estéril en poca cantidad solo para que sirva de contención y también evita aumentar el tamaño de la fistula en este caso se insufló con 3cc. Ya con esto se logra aislar en gran medida el gasto de la fistula. El 3º paso consiste en colocar el sistema V.A.C., para este paso primero se recorta esponja de forma que abrace el condón, la sonda y el biberón, en este caso se utilizó esponja tipo whitefoam, pero se puede utilizar otras parecidas como el granufoam o silverfoam, en nuestra institución optamos por el whitefoam ya que daña menos a los tejidos, ya que permanece húmedo y esto evita agrandar la fistula al evitar daños mayores en los tejidos. Luego se coloca esponja tipo abthera encima, se recorta y cubre con drapes de manera que adquiera la forma del área donde está la fistula. Ya colocada da el aspecto de chimenea, se recomienda realizar un puente recortando otro segmento de esponja en forma de tira o franja hacia afuera del área de la curación esto con el fin de no colocar la ventosa del sistema directo en el área de la fistula. Se conecta la ventosa al sistema y se activa en modo intermitente con presiones bajas entre 25-75mmhg. Figura 1.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

En este paciente fueron necesario múltiples recambios de curación cada 5 o 6 días. Al cumplir 6 semanas de la cirugía índice y con nivel de PRC normal se realizó reparación definitiva.

DISCUSIÓN

La técnica original encontrada incluye el uso de biberón, gasa parafinada sobre el intestino o área del abdomen congelado y por encima la esponja del sistema de vacío, introduciendo en el biberón una sonda foley con el globo ligeramente inflado para no aumentar el tamaño de la fistula.¹⁻⁴ En nuestro caso solo se modifica de la técnica original la omisión de la gasa de parafina y en su lugar se coloca una esponja tipo whitefoam que contiene alcohol polivinilo de poros abiertos y que no permite su adhesión a los intestinos por lo que puede ser utilizado en este caso.

Se observó que este tipo de curación es eficaz para el manejo temporal de la fistula hasta su reparación definitiva, pero no se encontraron estudios comparativos que lo diferencien de otros métodos como la bolsa de Bogotá o las mallas de politetrafluoroetileno por poner ejemplos. Se observó que es aún más efectiva en fistulas proximales que distales, ya que estas últimas presentan secreciones más espesas que desmantelan el sistema.¹⁻⁴

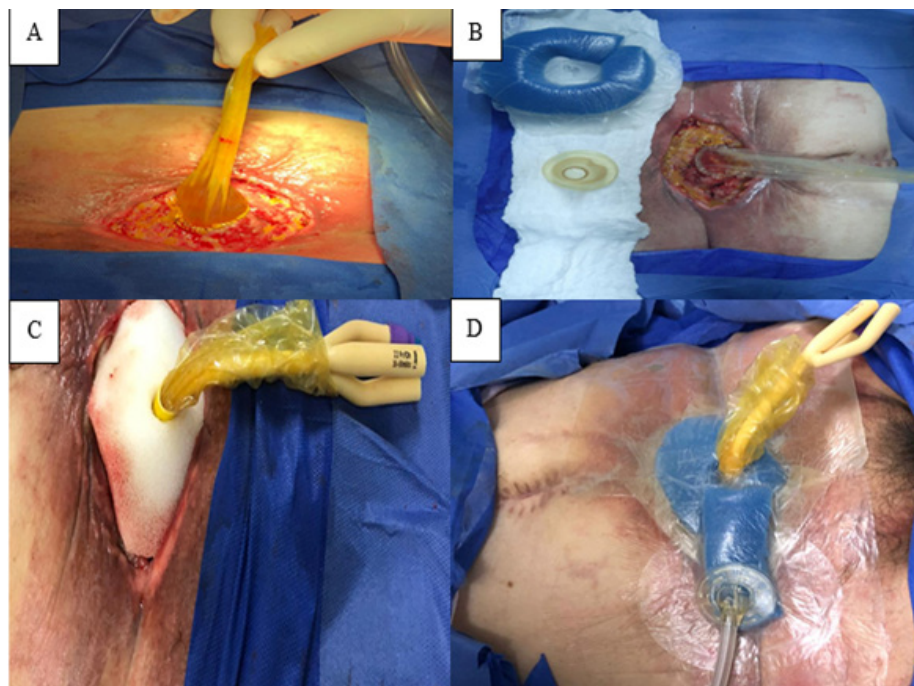


Figura 1. Fotografías transoperatorias. Cirugía realizada en Hospital Roosevelt
A) fistula aislada con condón de rivera (paso 1). B) pre-recorte de esponja tipo
abthera y biberón a colocar C) introducción de sonda Foley dentro de condón
(paso 2) y luego colocación de biberón y esponja tipo whitefoam (paso 3) D)
Conexión a sistema V.A.C con puente hacia afuera de la fistula en donde se coloca
la ventosa col con fistula

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de interés relacionados con la realización de este estudio ni con la preparación y publicación del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Terzi C, Egeli T, Canda AE, Arslan NC. Management of enteroatmospheric fistulae. *Int Wound J* 2014; 11 (suppl. 1):17-21.
2. D'Hondt M, Devriendt D, Van Rooy F, Vansteenkiste F, D'Hoore, A, Penninckx F, *et al*. Treatment of small-bowel fistulae in the open abdomen with topical negative-pressure therapy. *Am J Surg* 2011;202:e20- 24.
3. Wang G, Ren J, Liu S, Wu X, Gu G, Li J. "Fistula patch": making the treatment of enteroatmospheric fistulae in the open abdomen easier. *J Trauma Care Surg* 2013; 74: 1175-1177
4. Quyn AJ, Johnston C, Hall D, Chambers A, Arapova N, Ogston S, *et al*. The open abdomen and temporary abdominal closure systems. Historical evolution and systematic review. *Colorectal Dis*. 2012 Aug;14(8):e429-38.