

FISTULAS ENTEROCUTANEAS

Marta Barba Figueroa*

Jaime Chacon Cedeño**

INTRODUCCION

Temible complicación de los procedimientos quirúrgicos, los tumores y las infecciones de la cavidad abdominal, las fístulas han constituido uno de los principales problemas a los que se enfrenta el cirujano en la práctica diaria, desde que se tiene noticia. Generalmente se han considerado como una consecuencia, hasta cierto punto inevitable, de las deficiencias en la cicatrización de los tejidos. Causadas éstas, ya por factores propios y, en un cierto sentido, misteriosos del organismo del paciente o por errores técnicos de cirujano. Estudios cuidadosos de la bioquímica de la cicatrización y de la intervención de los diferentes factores (materiales de sutura, detalles técnicos, presiones intraluminales, requerimientos nutritivos etc.) Han traído como consecuencia una mejor comprensión del fenómeno fístula y una más radical forma de abordar y prevenir estos problemas. La aparición de los diferentes tipos de soporte metabólico y nutricional, en los últimos treinta años y sobre todo, en los últimos diez años, ha hecho vislumbrar una nueva luz en el panorama proporcionado al médico quizás la única arma verdaderamente efectiva para un adecuado tratamiento y prevención de los escapes fistulosos. Como ya se ha mencionado en otros trabajos de esta presentación, en Costa Rica los procedimientos de nutrición parenteral y otros sistemas de soporte metabólico han estado en nuestra disposición desde hace no más de siete años y, aún hoy día, su uso no se ha generalizado. En el programa de Hiperalimentación del Hospital San Juan de Dios tenemos varias fístulas tratadas con éxito, las cuales serán objeto de una revisión futura. Hemos querido como base de referencia, revisar la casuística de fístulas enterocutáneas post-operatorias o post-traumáticas en el hospital, que no han sido tratadas con Hi-

peralimentación, las cuales son el objeto de esta presentación.

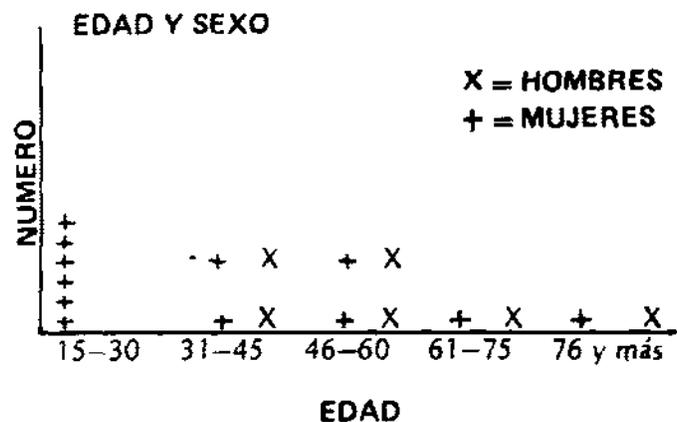
MATERIALES Y METODOS

Se revisaron los expedientes del archivo del Hospital San Juan de Dios, entre los años 1963 y 1981, incluidos en el diagnóstico de fístula entérica. De 204 pacientes se escogieron 18 que correspondían fístulas enterocutáneas, exceptuando las provenientes de ano y recto, duodeno y estómago. Todas estas fístulas fueron secundarias a procedimiento quirúrgicos motivados por tumores, traumatismos o procesos infecciosos de la cavidad abdominal.

RESULTADO

- 1.- Edad y sexo (Tabla No. 1)
- 2.- Diagnóstico de ingreso al Hospital (Tabla No. 2)
- 3.- Causa de la Fístula (Tabla No. 3)
- 4.- Origen de la Fístula y gasto (Tabla No. 4)
- 5.- Evolución (Tabla No. 5)
- 6.- Cirugía Reparadora (Tipo y No. de procedimiento) (Tabla No. 6)
- 7.- Complicaciones y su tratamiento (Tabla No. 7)
- 8.- Mortalidad - análisis de cada caso (Tabla No. 8)

TABLA No. 1



* Asistente de Cirugía H.S.J.D.

** Residente de Cirugía H.S.J.D.

TABLA No. 2

DIAGNOSTICOS DE INGRESO AL HOSPITAL

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS
Ca. de Ovario	1
Piosalpinx izdo.	1
Ca. de Colon	2
Absceso Abdominal	2
Apendicitis Perforada	2
Herida de Periné	1
Perf. Intestinal	
secundaria de legrado	1
Ca. Gástrico	1
Oclusión Intestinal	1
Colecistitis Aguda	1
Coledocolitiasis	1
Herida penetrante de	
Abdomen	1
Emb. Ectópico	1
Diverticulitis	1
Fístula Cecal	1

TABLA No. 3

ETIOLOGIA

1- Secundarias a trauma (arma fuego, Arma Blanca etc.) = 3 casos (16.4o/o)
 2- Secundarias a proceso inflamatorio (apendicitis, Piosalpinx, diverticulitis etc.)= 11 casos (61.4o/o)
 3- Secundarias a neoplasias (Ca. de Colon Ca. Ovario etc.)= 4 casos (22.2o/o)

TABLA No. 4

ORIGEN DE LA FISTULA Y GASTO

INTESTINO DELGADO	1	4	1	6
INTESTINO GRUESO	3	2	7	12
GASTO	Bajo	Alto	No Deter.	To tal

TABLA No. 5

EVOLUCION

Cierre espontáneo

0 - 10 días	0
11 - 20 días	1
21 - 30 días	2
Más 30 días	11
INDETERMINADA	4

TABLA No. 6

Cirugía Reparadora

1 vez	4
2 veces	1
3 veces	1

TABLA No. 7

COMPLICACION	No.	Tratamiento
Reparación de fístula	6	-Fistulectomía -Resección Intestinal -Colostomía
Irritación de piel perifistular	9	-Curación local
Trastornos Hidroelectrolíticos	2	-Restitución adecuada
Hernia post-incisional	3	-Hemorragia
Suboclusión Intestinal	2	-S. N. Correspondiente
Shock Séptico	2	-Tx. Médico

COMENTARIOS

Cirugía Reparadora:

1 caso:

Paciente masculino de 30 años, quien sufrió perforación intestinal por arma de fuego, presentándose posteriormente un absceso de fosa renal hasta ciego por la que hubo necesidad de drenar el mismo, encontrándose fístula colónica por lo que se realizó colostomía, la cual se cerró y luego recidivo a los cinco meses la cual cerró espontáneamente.

2 caso:

Masculino de 43 años el cual sufrió herida de periné con ruptura de esfínter anal, se interviene previamente realizando colostomía y luego cierre de la misma, posterior a la cual hizo fístula cecal y se le realizó resección de fístula y cierre de colon.

3- caso:

Femenina de 55 años, con diagnóstico de ingreso de Ca. Gástrico a la que se le realizó gastrectomía total pancreatomectomía distal, esplenectomía. Posteriormente presentó fístula colónica, se reoperó para cierre de fístula, reapareciendo la misma por lo que se hizo colectomía T. Más anastomosis terminal del mismo.

4- caso:

Femenina de 52 años ingreso por Ca. de ovario y se le intervino y luego de la cirugía hizo fístula de colon la cual se le trató con colostomía y cierre posterior de la misma.

5 caso:

Paciente femenina de 21 años la cual sufrió perforación intestinal luego de legrado uterino, se le interviene e hizo fístula ileal posterior a la resección intestinal, la cual se trató con resección de nuevo. Posteriormente la paciente tuvo shock séptico y presentó nueva fístula, se le solucionó shock séptico y se le dio de alta (previa reintervención fistulectomía) luego recidivó y la paciente egresó con fístula no obteniéndose más datos luego del egreso.

6. caso:

Femenina de 26 años ingresó por divertículo gigante de colon ascendente, se le realizó resección de divertículo y colostomía presentando posteriormente fístula, la cual se cerró fistuli-

zando nuevamente por lo que hubo la necesidad de realizar nueva colostomía (ya la anterior se le había cerrado) y la paciente se fugó del hospital luego de dicha operación.

MORTALIDAD (1 caso)

Análisis:

Paciente femenino de 82 años la cual presentó Ca. de Colon derecho por lo que se hizo colectomía derecha, presentando posteriormente absceso subdiafragmático y shock séptico, el cual pese a terapia médica correspondiente no respondió y falleció.

RESUMEN

En este estudio inicial se revisan las fístulas Enterocutaneas encontradas en el H. S. J. de D. en un período correspondido entre 1965 - 1981 con el objeto de revisar su manejo ya médico o bien Quirúrgico y su evolución correspondiente en base a recidiva, días de estancia, morbi-mortalidad; para posteriormente comparar esta evolución que presentan los pacientes con esta misma patología y que son manejadas con Hiperalimentación (trabajo en formación).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguirre, A. Fischer, J. E. and Welch, E: The Role of Surgery and Hyperalimentation in therapy of gastrointestinal-cutaneous. *Fistular Ann Surg* 18: 393, 1974.
- 2.- Ali, S. D. and Leffall, L: Management of external fístulas of the gastrointestinal tract *AM J. Surg* 123: 555. 1972.
- 3.- Coutjofitides T Fazio. Small Intestine Cutaneous Fístulas. *Surgery Gynecology -obstetrics* Set. 79 Vol 149, No. 3 Pág. 333-6.
- 4.- Donphy J. E. Chapman R. Management of Intestinal Fístulas. *A.M. J. Surgery* 108: 157, 1964.
- 5.- Harry S. Goldsmith M. D. The Management of viscerocutaneous. *Fístulas Surgery* Vol 61, No. 3 March 67, 361-3.
- 6.- Macfady G. M. Dudrick S. J. Management of Gastrointestinal. *Fístulas With Parenteral Hiperalimentación. Surgery* 74: 100, 1973.

7. Stern Quist Etal. Enterocutaneous Fistula American Society of colon and rectal. Surgeon June 78.
 8. Sheldon, G. F.; Gardiner, B.N Wy. L. and Dunphy J: Management of Gastrointestinal Fístulas. Surgy Gynecol. Obstet. 133: 385, 1971.
 9. Webster, M. S. Carey, L. C.: fístulas of the intestinal tract. Curr. Probl. Surgy 12 (6): 5, 1976.
-