II Congreso
Sociedad Hispanoamericana de Hernia
3, 4 y 5 de mayo de 2018
Aula Magna de la Fundación Jiménez Díaz
Madrid - España

Fístulas enterocutáneas y su manejo

Eva Barbosa

Cirurgia Geral
Unidade de Colorectal e Parede Abdominal
Hospital Pedro Hispano, Matosinhos – Porto - Portugal

Fístula Enteroatmosférica y su manejo

Reanimación (líquidos intravenosos, antibióticos, vasopresores)

Control de Sepsis

Control de la rotura de la anastomosis, daño intestinal, “clip and drop”

Revisión de laparostomía programada

Si está presente retire la malla sintética anterior

Evitar otras fístulas (uso correcto de NPWT, proteger anastomosis)

Control de fístula efluente

Fístula visible: ostomía flotante. Hernia ventral planeada.

Fístula remota: oculta en el abdomen abierto (considere un lavado y drenaje)

Control médico para fístulas de alto débito

Nutrición (iniciar el más precozmente posible, incluso con el abdomen abierto, después del control del debito)

Fístula Enteroatmosférica y su manejo

El paciente debe ser "adoptado" por un cirujano principal que ve al paciente y a la familia a diario y establece objetivos de gestión a largo plazo:

- **Los pacientes son "desastres psicológicos"**

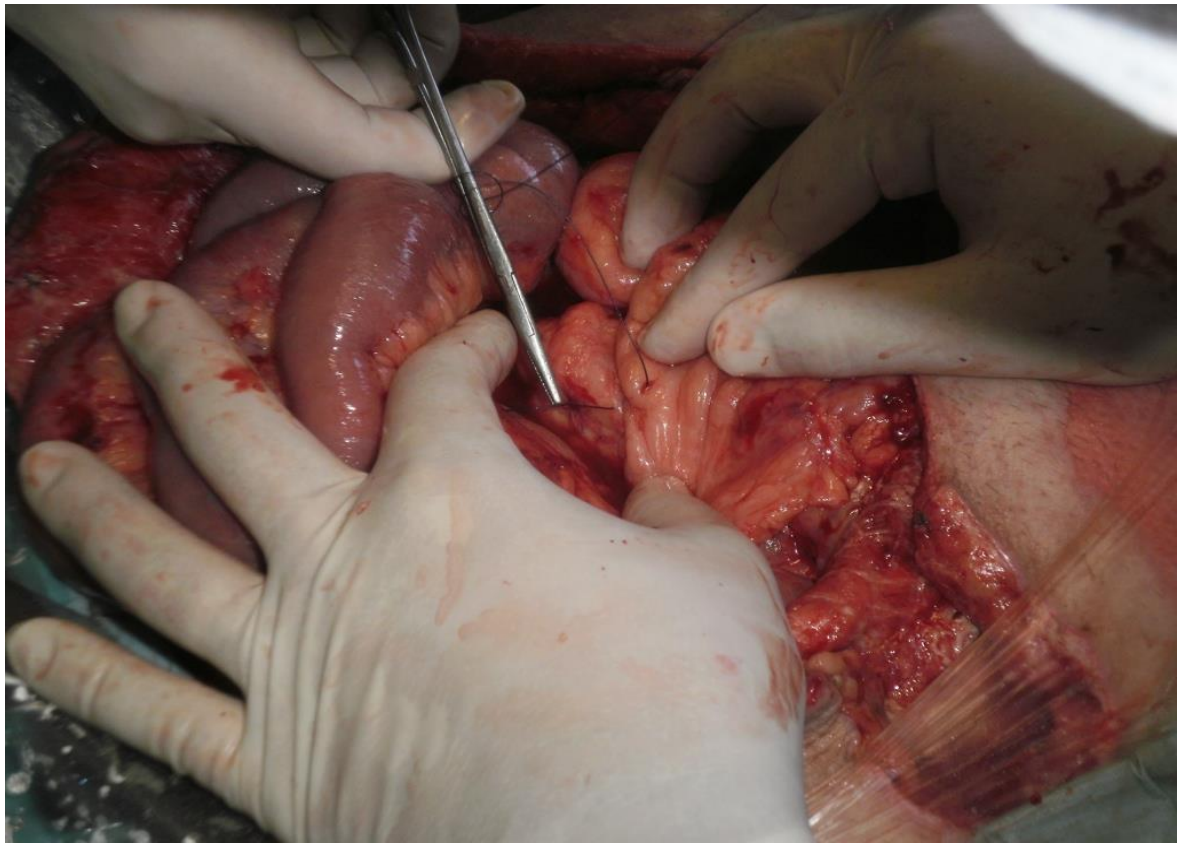
  (Organizamos reuniones de motivación entre nuestros pacientes más enfermos para hacerles creer que el éxito es tangible)

- **La imagen corporal, el olor, la limpieza e la nutricíon son los principales problemas**

- **Las tensiones familiares son la norma**

Schecter WP, Hirshberg A, Chang DS, et al. Enteric fistulas: principles of management. Journal of the American College of Surgeons. 2009 Oct;209(4):484–91

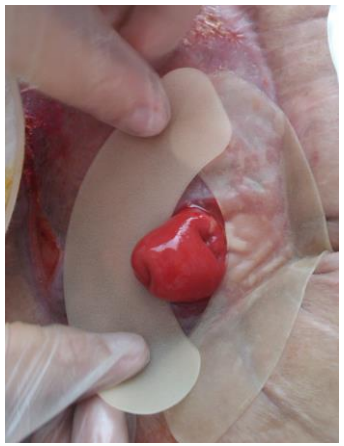
Evitar otras fístulas



Proteger la anastomosis, **uso correcto de terapia de pressión negativa**, manipulación gentil del intestino

Fístula Enteroatmosférica y su manejo

Control de fístula efluente. Hernia ventral planificada



Trombosis portal y mesentérica con isquemia intestinal y resección

En 7 días

Estoma de alto debito (30 cm de Treitz)

Fístula Enteroatmosférica y su manejo

Control de fístula efluente. Fístula Remota

Fístula duodenal

Lavado intraabdominal continuo si es necesario

La presión negativa a través de drenajes intraabdominales es más alta que a través de NPWT

Fístula Enteroatmosférica y su manejo

Casos difíciles y de excepción

Difícil anastomosis colorrectal baja. Ileostomía protectora.
Ruptura de la ileostomía por retracción de la aponevrosis
Imposible rehacer una nueva ileostomía - abdomen abierto en la etapa IV
Imposible un estoma flotante. Impossible drenaje
Decisión: reconstrucción de ileostomía de alto riesgo (peritonitis adhesiva)
Post-operatorio con fístula temprana orientada enterocutánea, muy bajo rendimiento - cierre espontáneo el día 16

Cuando la única opción
es haciendo lo imposible …

En casos muy seleccionados temprano la reconstrucción puede ser la única opción

Fístula Enteroatmosférica y su manejo

Casos difíciles y de excepción

A VECES TIENES QUE SER CREATIVO ... (¡recuerda las leyes de física!)

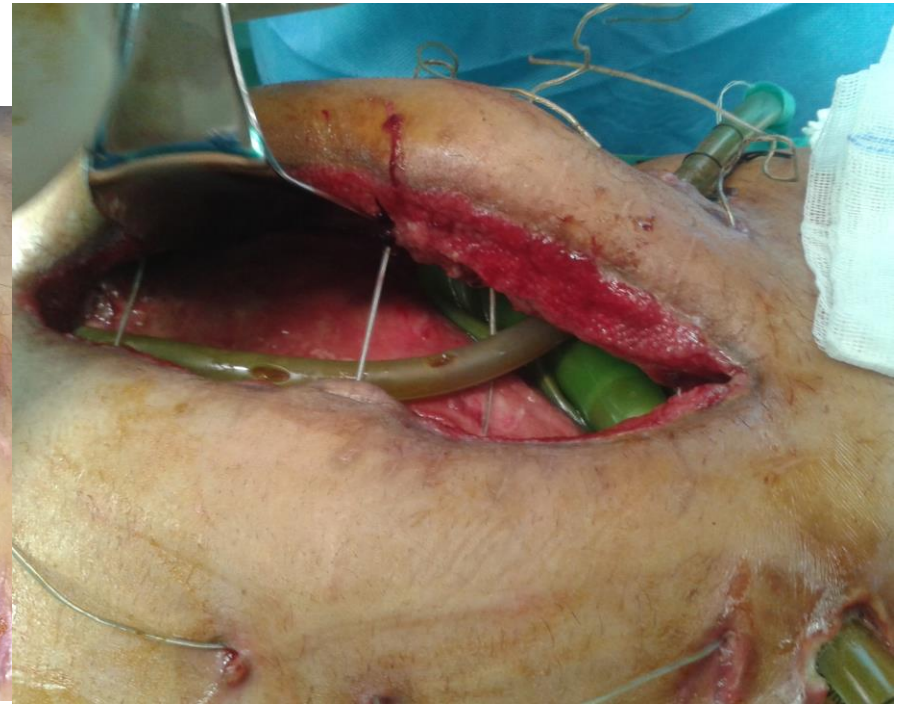
Hombre, 29 años

Transferido a nuestro hospital después de 2 meses de abdomen abierto

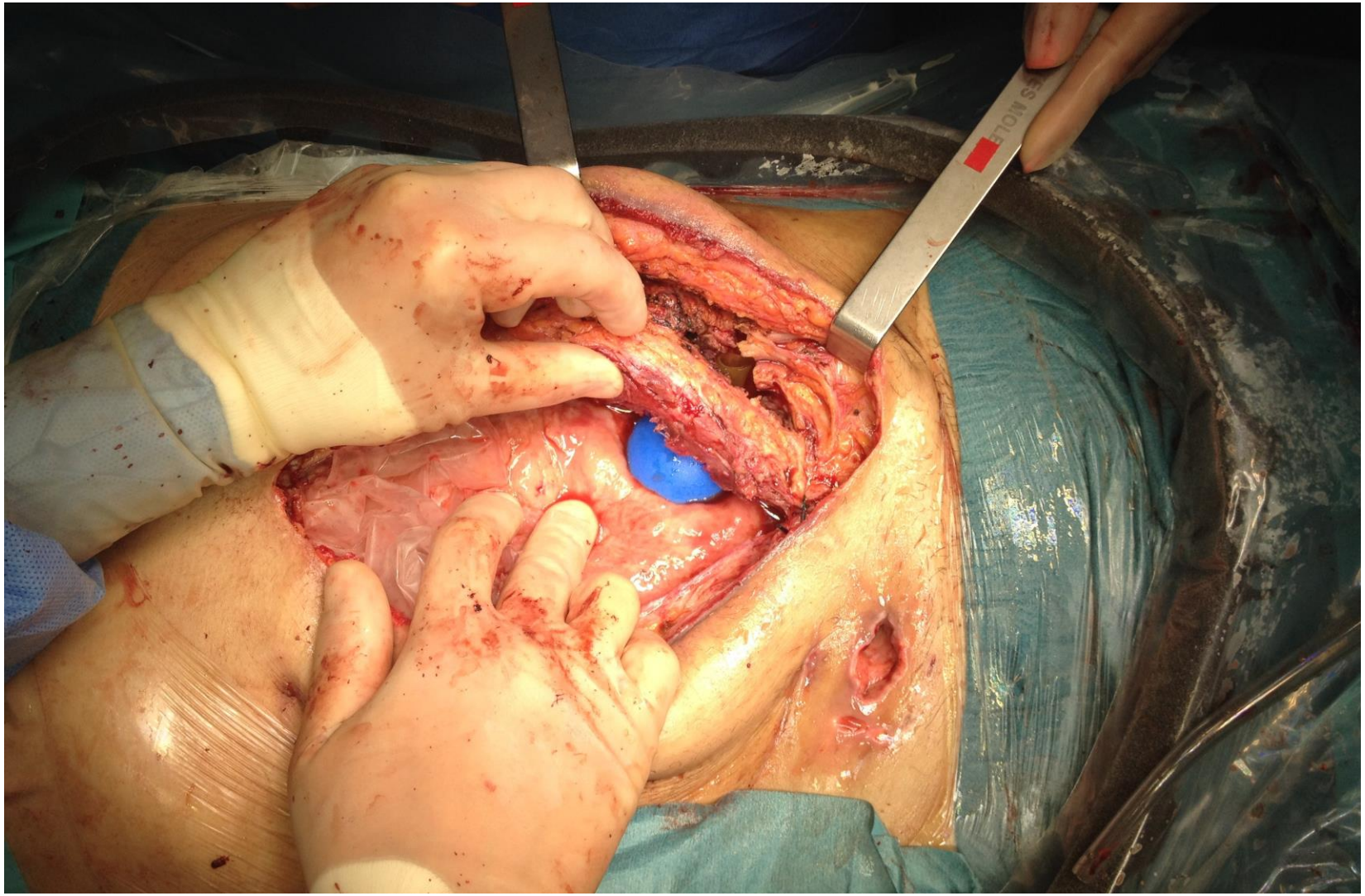
Ruptura de la anastomosis yeyunal. Abdomen abierto congelado pero con fistula parcialmente oculta por la pared abdominal

no permitiendo estoma convencional

Mal control de efluentes a la llegada



Múltiples drenajes tratando de controlar el efluente pero sin éxito y sepsis en curso



D1 en nuestro quirófano. Construcción de un dispositivo hecho a mano a través de la pared abdominal (una campanula urinaria y 2 tetinas de biberón)

Construyendo un estoma

Cierre progresivo del abdomen
(parte superior cierre solo con piel)

Marsupialización del pseudostoma

Etapa final antes sallida a domicilio

Estoma posteriormente encerró espontáneamente!

Fístulas enterocutáneas

La mayoría son por complicaciones quirúrgicas (75-85%)
- complicaciones anastomóticas
- lesiones iatrogénicas

Se trata de un conjunto de pacientes muy diferentes entre sí pero **con principios de tratamiento idénticos**

Fístulas enterocutáneas y su manejo

Sepsis/**S**kin

Nutrition

Anatomy

Planning/**P**rocedure

Unidades Diferenciadas
Protocolos
Abordaje multidisciplinar

Management of Enterocutaneous Fistulas
Manish Kaushal, F.R.C.S.1 and Gordon L. Carlson, B.Sc., M.D., F.R.C.S.1
Clin Colon Rectal Surg. 2004 May; 17(2): 79–88

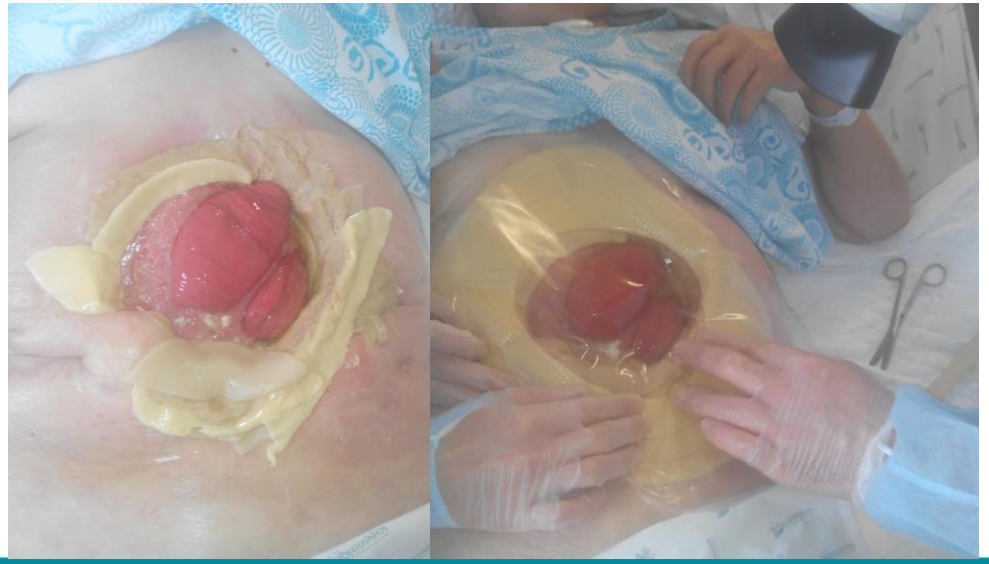
Fístulas enterocutáneas y su manejo

Sepsis/Skin

¡Control del foco séptico es fundamental!
Asociado a la resucitación del paciente

Drenaje de abscesos (muchas veces percutáneamente)
La terapia con antibióticos
Orientación del drenaje de la fístula

Protección de la piel. Personal entrenado en manipulación de fístulas y estomas dificiles



Fístulas enterocutáneas y su manejo

Nutrición

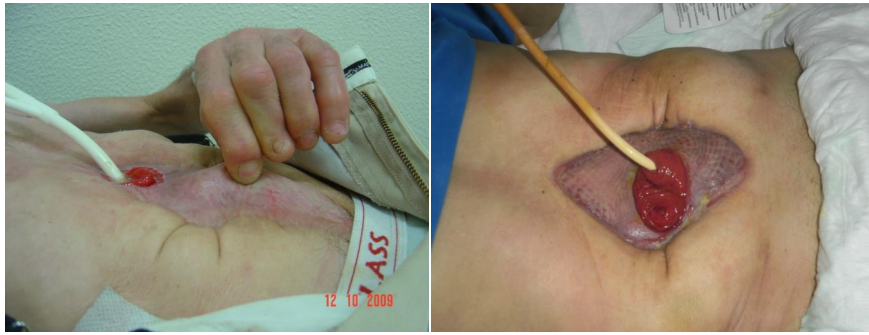
Aporte calórico y nutricional adecuado

Fistuloclisis si es necesario

Disminución del flujo de la fístula

- restricción de fluidos orales hipo-osmolares (agua)
- solución OMS, St. Marks - solución isotónica sin k +
- inhibidores de la bomba de protones, inhibidor H2
- loperamida
- codeína
- colestiramina

Utilizar Fistulas / ostomías para la alimentación



Fístulas enterocutáneas y su manejo

Nutrición

Sindrome de intestino corto tipo II con fístulas / estomas de débito alto

Es necesario minimizar el impacto con protocolos de sindrome de intestino corto y equipos multidisciplinares (Unidades Diferenciadas de Falla Intestinal)

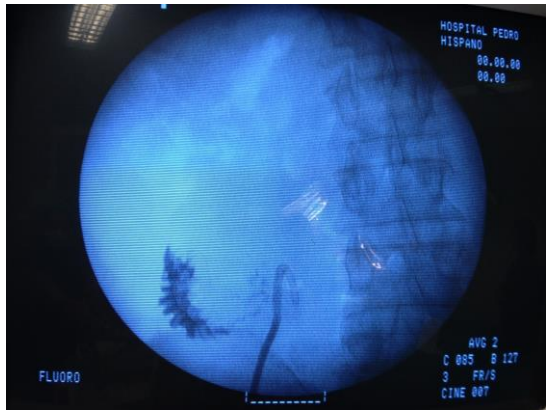
Fístulas enterocutáneas y su manejo

Nutrición

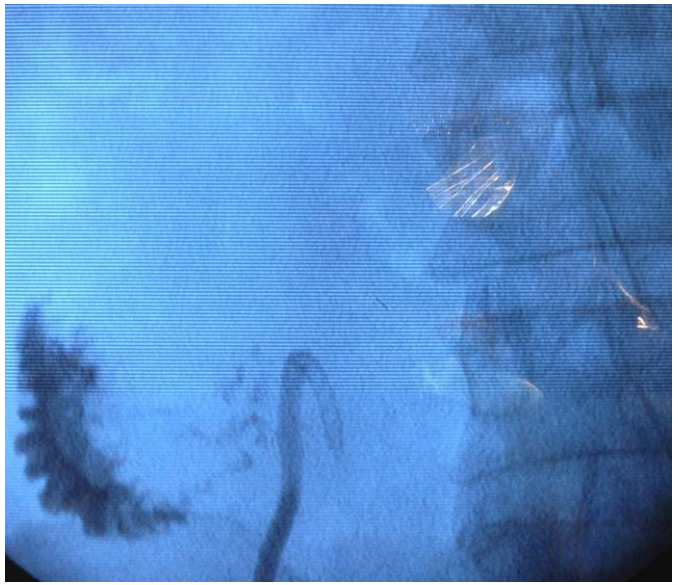
6 meses después de la cirugía de reconstrucción intestinal y de la pared abdominal en una sola étapa

Fístulas enterocutáneas y su manejo

Anatomia



- Fistulografia
- TAC
- RMN
- Endoscopia



Fístulas enterocutáneas y su manejo

Planificación/Procedimiento

No siempre es quirúrgico - cola, prótesis

En las fístulas enterocutáneas se debe esperar 4-6 semanas antes de la re-intervención (puede ocurrir el cierre espontáneo, minimizar las lesiones iatrogénicas en la re-intervención)

En las fístulas / estomas después abdomen abierto aguardar 6 meses a un año antes de la reconstrucción

Fístulas enterocutáneas y su manejo

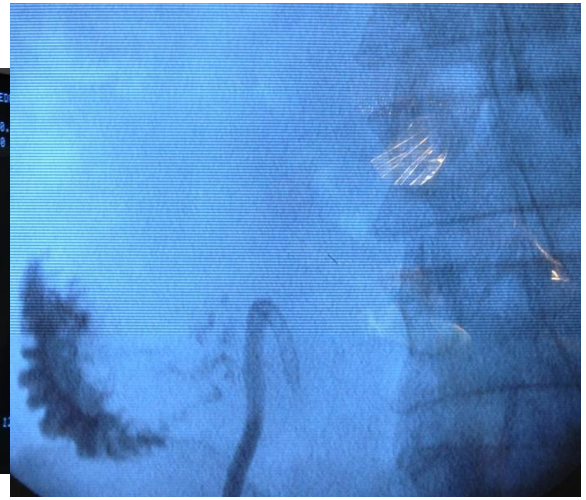
Planificación/Procedimiento

Razones para la falla del tratamiento conservador:

- **F** oreign body in fistula tract
- **R** adiation (previous irradiation to the site)
- **I** nflammation/infection/inflammatory bowel disease
- **E** pithelialization of the fistula tract
- **N** eoplasm
- **D** istal obstruction

Fístulas enterocutáneas y su manejo

Planificación/
Procedimiento



Casos más simples

Colectomia total laparoscopica

Abceso post-op
Drenaje guiado por ecografía

Fístula enterocutánea bajo debito

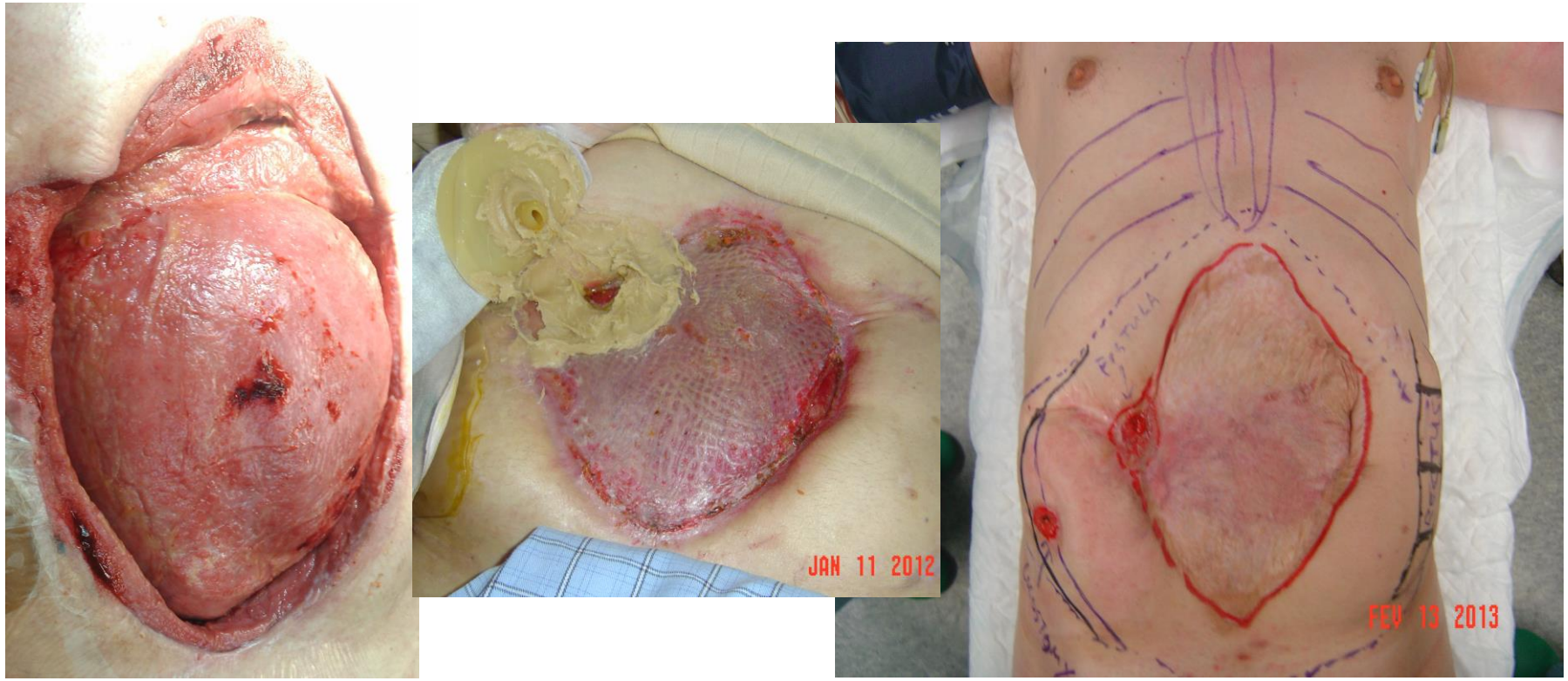
Mapeo anatómico radiológico

Tratamiento con cola fibrina (tratar primero el trayecto epitelizado con escobillón!)

Fístulas enterocutáneas y su manejo

Planificación/Procedimiento

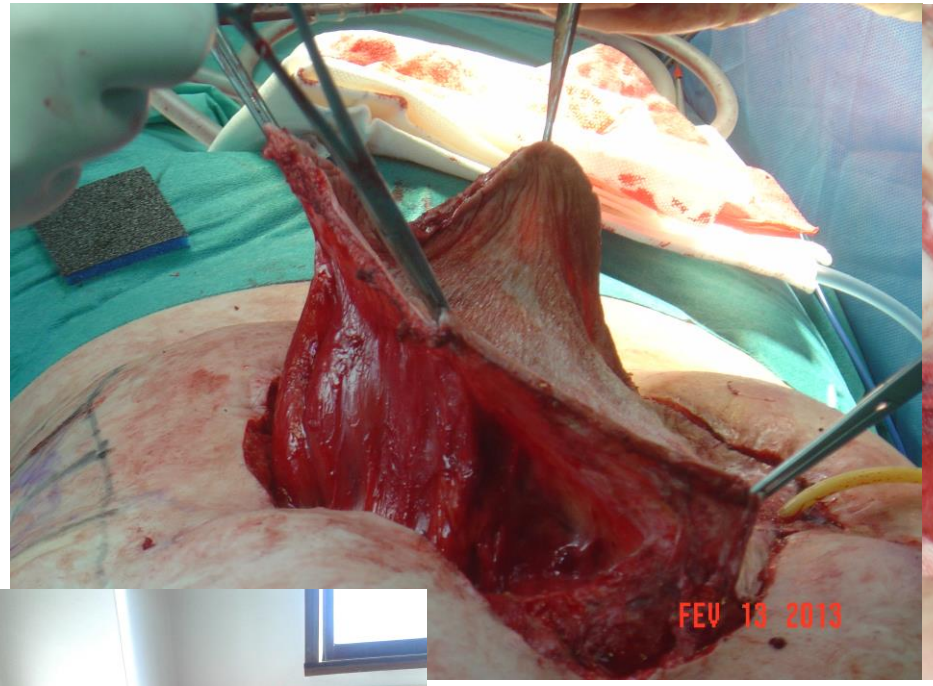
Casos más complexos

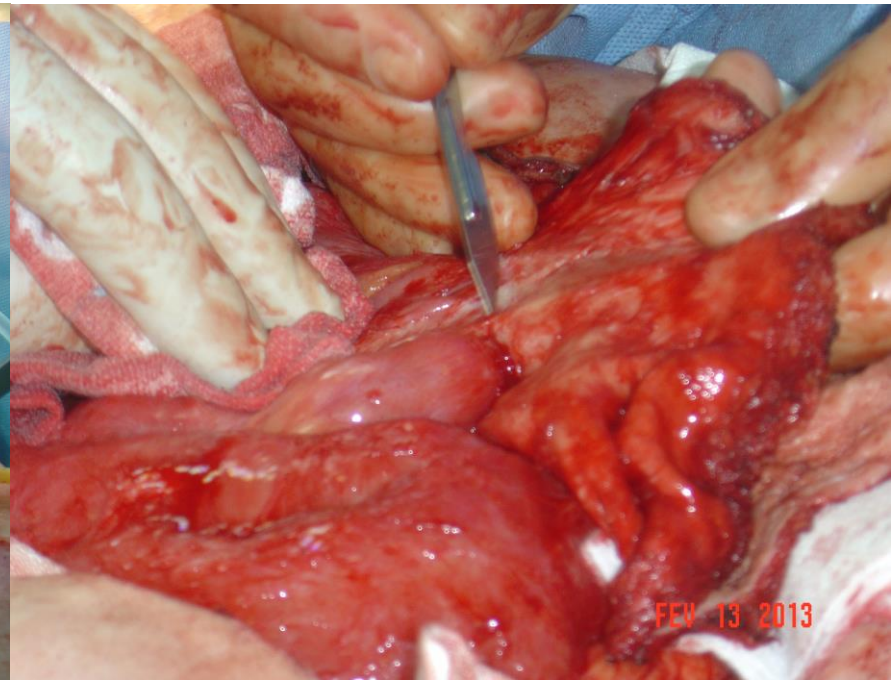


Mucha paciencia ... y calma!

Fístulas enterocutáneas y su manejo

Planificación/Procedimiento

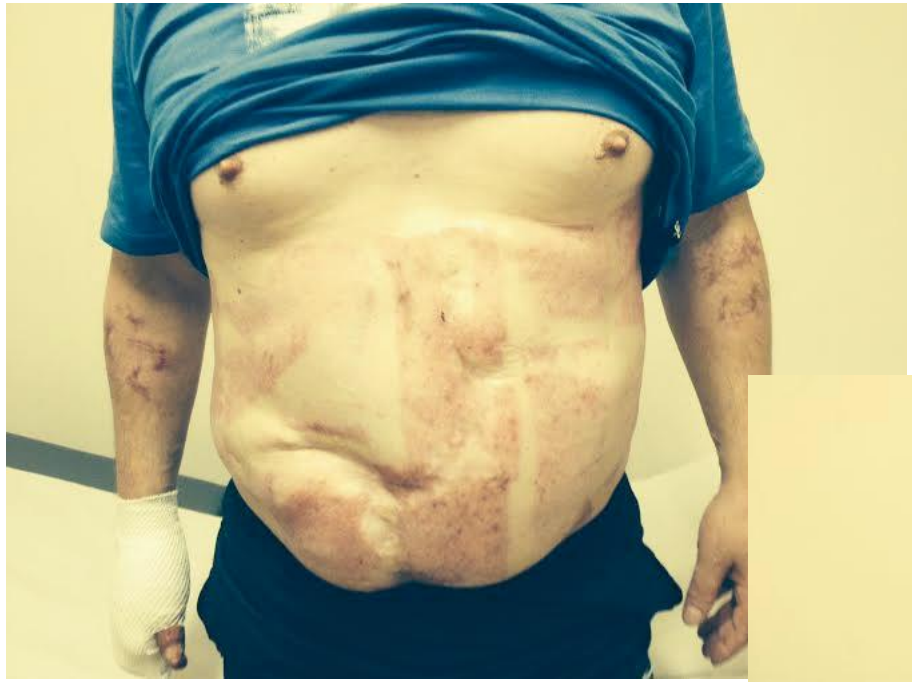


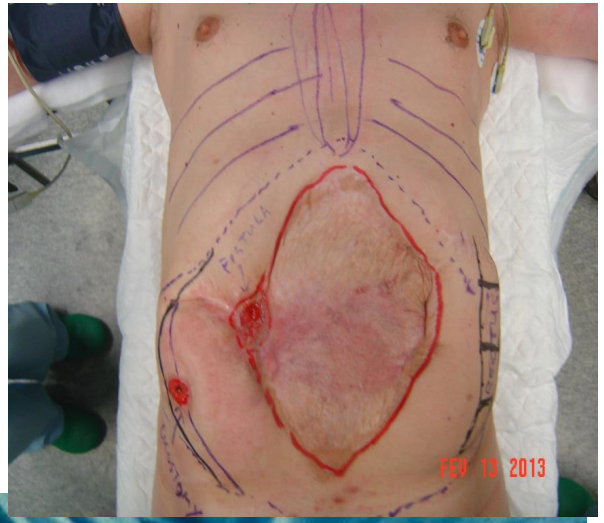


Reconstrucción intestinal y de la pared abdominal en una sola étapa es generalmente posible (tipo de malla a decidir intraoperatorio)

Fístulas enterocutáneas y su manejo

Planificación/Procedimiento





El paciente (bombero) se involucró en un incendio grave. Unidad de cuidados intensivos, quemaduras múltiples. Necesidad de injertos múltiples y la piel donante fue la del abdomen reconstruido!

Three major principles of enteroatmospheric fistula care.

Fístulas enterocutáneas y su manejo

- En conclusión: estabilizar e nutrir al paciente para una cirugía definitiva
- ¡Y sea paciente esperando el momento adecuado para una cirugía definitiva! (¡especialmente si hay riesgo de falla intestinal!)

ESCP consensus on the surgical management of intestinal failure in adults

Colorectal Dis. 2016 Jun; 18(6):535-48

ESCP Intestinal Failure Group; Carolynne J Vaizey, Yasuko Maeda, Eva Barbosa, Federico Bozzetti, Jorge Calvo, Øivind Irtun, Palle Bekker Jeppesen, Stanislaw Klek, Marina Panisic-Sekeljic, Ioannis Papaconstantinou, Andreas Pascher, Yves Panis, William Wallace, Gordon Carlson, Marja Boermeester

> Reconstructive surgery should not be undertaken for 6 to 12 months and until nutrition has been optimised and preferably after the patient has had a period of time at home.

Muchas gracias!

Obrigada!!

EVA BARBOSA

evatamar@gmail.com