

Fístulas Enterocutáneas. Apoyo Nutricional. Modalidad Importante en el Tratamiento.

Dr. Eduardo A. Souchon; Dr. Luis A. Ayala;
Dr. Rafael Belloso; Dr. Sami Zoghbi;
Dr. Odoardo León-Ponte; Dra. Alba Mariño;
Dr. Rafael Ramírez; Dr. Wilson Vinuesa;
Lic. Carmen Santaella

RESUMEN

Se presenta la experiencia en el tratamiento y manejo de 41 fístulas enterocutáneas por la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital Universitario de Caracas, durante 1985-1987. Con el enfoque multidisciplinario se obtuvo 80.4% de cierre de las fístulas. La sepsis no controlada sigue siendo la mayor causa de fracasos y muertes con 19.5%.

Aún así es una mejoría dramática de lo que era la incidencia de muerte antes de la aparición del Soporte Nutricional.

SUMMARY

The experience with 41 enterocutaneous Fistula at the Nutritional Support Unit of the University Hospital of Caracas, during 1985-1987. With a multispecialist approach a 80.4% successful closure of fistula.

Uncontrolled sepsis continues to be major cause of failure and death with 19.5%. Even though it is a dramatic improvement when compared to death rates before Nutritional Support.

Palabras Claves: Fístulas enterocutáneas. Nutrición.

La fístula enterocutánea, es una patología de significado y pronóstico reservado con morbilidad y mortalidad que puede llegar hasta un 62% (1).

Complicación siempre temida por los cirujanos y cuyo tratamiento ha evolucionado dramáticamente en los últimos veinte años.

Durante las décadas de los sesenta con el advenimiento de los antibióticos se mejoró el control de la sepsis. Posteriormente en los años 70 las nuevas técnicas

Unidad de Soporte Nutricional. Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela.

de evaluación, control de los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos y el restablecimiento de la homeostásis con mejor control de hemodinamia.

Por último en la década de los 80 con el incremento en el uso de la nutrición parenteral y mejores técnicas quirúrgicas la mortalidad a consecuencia de fístulas enterocutáneas ha disminuido considerablemente.

Este trabajo presenta la experiencia más reciente en el tratamiento y manejo de las fístulas enterocutáneas estudiadas por la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital Universitario de Caracas durante los años 1985-1987, y se evalúa la mejoría de la eficiencia del tratamiento comparado con la literatura internacional y que con nuestra propia experiencia ya publicada anteriormente (2).

MATERIAL Y METODO

Se presenta 41 pacientes con igual número de fístulas de diferentes órganos del abdomen a la piel, que fueron tratados enteramente por la Unidad de Soporte Nutricional, controlados por la misma y manejados por los autores y los residentes del post-grado de cirugía del Hospital Universitario.

Treinta (30) fístulas fueron enterocutáneas, cuatro (4) de punto de partida biliar, cuatro (4) esófago-cervical, dos (2) recto-vaginales y una (1) pancreática (Tabla No. 1).

TABLA 1

Origen de las Fístulas

Sitio Anatómico	No.
Intestino Delgado	14
Intestino Grueso	12
Duodeno	4
Biliar	4
Esófago-Cervical	4
Rectovaginales	2
Pancreáticas	1
TOTAL	41

FISTULAS ENTEROCUTANEAS

Todos los pacientes fueron manejados con nutrición parénteral total por vía endovenosa, cateterizando la vena subclavia por vía infraclavicular y siguiendo el esquema que se ha establecido como norma de tratamiento de las fístulas en el Hospital Universitario de Caracas:

Primero: Identificar el punto de origen y trayecto de la fístula con una fistulografía, lo que ayuda a verificar el origen en el intestino y un estudio de tránsito intestinal con medio hidrosoluble.

Segundo: Se descarta la presencia de abscesos, de ser posible hacer el diagnóstico de abscesos intra-abdominales con la fistulografía, se utiliza también el estudio con ultrasonido y la tomografía axial computarizada.

Tercero: Es importante descartar la presencia de cuerpos extraños, neoplasias, abscesos, obstrucción distal, y otros factores mecánicos que puedan contribuir a la persistencia de las fístulas.

Una vez que se verifican los factores mecánicos, se evalúan los factores metabólicos que agravan o contribuyen a empeorar el pronóstico como por ejemplo: trastornos hormonales en Diabetes, Cushing, Desnutrición moderada o severa, etc.

Una vez evaluados y corregidos, se debe tomar decisión de intervención quirúrgica precoz o si debe restablecer y controlar con nutrición parenteral total para regularizar la homeostásis, controlar las secreciones y la infección, para tratar de obtener un cierre espontáneo de la fístula.

En esta revisión la mayoría de las fístulas fueron secundarias a trauma, cáncer, isquemia, o inflamatorias (Tabla No. 2). La edad promedio fue de 39 años con un mínimo de 13 y un máximo de 76; a predominio de pacientes masculinos con 26 y 15 mujeres.

TABLA 2
Etiología de las Fístulas

Etiología	No.
Cirugía	27
Trauma	7
Cáncer	3
Isquemia	3
Inflamatoria	1
TOTAL	41

RESULTADOS

La nutrición parenteral total por vía central fue utilizada en 38 pacientes y la nutrición enteral en 3. Se cerraron espontáneamente 20 fístulas (48%), y con cirugía adyuvante al soporte nutricional 13 pacientes (31.7%), para un total de 33 (80.4%) fístulas con cierre y evolución satisfactoria. Falla al tratamiento y muerte por sepsis en 8 pacientes (19.5%).

DISCUSION

La alimentación endovenosa total fue utilizada por primera vez en Venezuela por el Dr. José María Cartaya (3), quien presenta 6 casos a los cuales se le administró alimentación parenteral periférica con Amigen (R) al 5% y solución fisiológica, agregando a los pacientes sangre total. Todas las fístulas cerraron, 2 espontáneamente y 4 pacientes con cirugía adicional.

MacFadyen (4) en 1973 publica un 70.5% de cierre espontáneo y un 21.8% con cirugía adicional, para un total de éxito combinado de 92.3%, reduciendo la mortalidad a 7.7%. Observó también que en los pacientes en que la fístula no cerró, todos fallecieron.

En nuestro trabajo obtuvimos similares resultados con un 80% de cierre de fístulas y un 19.5% de falla y muerte. Todas las fallas obedecen a sepsis no controlada.

Creemos importante que el esfuerzo multidisciplinario que se obtiene con la organización de una Unidad de Soporte Nutricional en la cual trabajan Farmacéuticos, Enfermeras, Nutricionistas y Médicos, ofrece la mejor alternativa para el cuidado de estos enfermos; gracias a esto, la mortalidad de las fístulas se ha revertido en los últimos años a cifras más alentadoras: de 29% hasta 1985 (5) y 19.5% actualmente.

CONCLUSIONES

Creemos que el tratamiento adecuado de las fístulas debe seguir las 5 pautas que establecimos (2) a saber:

1. Estabilización del paciente control de la sepsis
2. Evaluación del trayecto fistuloso y descarte de abscesos
3. Decisión sobre intervención quirúrgica precoz, tardía o tratamiento conservador
4. Soporte Nutricional
5. Cuidado de la piel y control de la fístula.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Aguirre, A.; Fischer, J. E.; Welch, C. E.- The Role of Surgery and hyperalimentation in therapy of gastrointestinal-cutaneous fistulas: *Am. Surg.* 180: 393-401, 1974.
- 2 Ayala, L. A.; Gómez, M.; Goropulos, A.; Dona, F.; Souchon, E. A.- Tratamiento de las Fístulas Enterocutáneas. *Nutrición y Cirugía, Rev. Ven. de Cir.* Vol. 33 No. 2: 69-74, 1985.
- 3 Cartaya, J. M.- La Alimentación Endovenosa Total en el Tratamiento de las Fístulas del Intestino Delgado. *Rev. del III Congreso Venezolano de Cirugía.* Vol. 3, 1457-1465, 1955.
- 4 MacFadyen, B. V.; Dudrick, S. J.; Ruberg, R. L.- Management of Gastrointestinal Fistulae with Parenteral Hyperalimentation. *Surg.* 74 No. 1; *Fistulas* 100-105, 1973.
- 5 Souchon, E. A.; Englert, D.; Duiker, J. H.; Dudrick, S. J.- Intravenous Hyperalimentation in 342 surgical patients. *Rev. of Surg.* 297-299, 1976.