

## FISTULAS ENTEROCUTANEAS: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MIGUEL PEREZ CARREÑO \*

Dr. Pedro Morgado N. \*\*

Dr. Antonio Clemente \*

Dr. Miguel Ortega \*\*\*

Dr. Rubén Henríquez \*\*\*

### INTRODUCCION

Las fístulas enterocutáneas se asocian a una gran morbimortalidad, constituyendo uno de los más importantes problemas que tiene la cirugía actual. Hasta el comienzo de la década del 60, su tratamiento era muy controversial, pero con el advenimiento de la nutrición parenteral se ha racionalizado un poco más. Técnicas de nutrición parenteral, desarrolladas por numerosos autores, han hecho más promisorio el cierre espontáneo de las fístulas, aunque todavía muchas de ellas requieren del tratamiento quirúrgico para su completa resolución. Felizmente, en nuestro país las enfermedades inflamatorias del intestino son muy poco numerosas y ello permite, al menos en teoría, esperar que buena parte de esas fístulas no requiera de auxilio quirúrgico.

El propósito de este trabajo es revisar el estado actual del tratamiento de las fístulas enterocutáneas en el Departamento de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño, del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, en Caracas.

### MATERIAL Y METODOS

Sobre un protocolo que comprende etiología, anatomía patológica, tratamiento y resultados, se estudiaron 37 fístulas enterocutáneas, cuyas historias reposan en el Departamento de Historias Médicas del Hospital, comprendiendo un período situado entre Enero de 1971 y Noviembre de 1980. La muestra analizada incluye 19 hombres y 18 mujeres (Tabla No. 1) con edades comprendidas entre 10 y 50 y más años de edad (Tabla N° 2).

### ETIOLOGIA

Todas las fístulas fueron consecutivas a intervenciones quirúrgicas previas, 33 de ellas realizadas de emergencia y 4 como operaciones electivas (Tabla N° 3) Once fístulas ocurrieron en pacientes a quienes se practicó cirugía por trauma, 5 de ellos operados en nuestro Hospital y 6 referidos de otros Hospitales del Area Metropolitana o del interior del país, en los cuáles se hizo la intervención que dio origen a la fístula.

---

\* Trabajo realizado en el Servicio de Cirugía No. 4.

\* Jefe del Servicio.

\*\* Cirujano Adjunto.

\*\*\* Residente del Curso de Postgrado en Cirugía.

Ocho fístulas ocurrieron después de intervenciones sobre el área gineco-obstétrica, 6 de ellas por patología benigna; 6 después de apendicectomía por apendicitis aguda; 5 por apendicectomías en plastrones apendiculares y otras 7 en intervenciones diversas (Tabla N° 4 y Tabla N° 5).

TABLA N° 1

<b>Sexo</b>		<b>N° Casos</b>
Masculino		19
Femenino		18

TABLA N° 2

<b>Edad</b>		<b>N° Casos</b>
10—19	años	7
20—29	"	13
30—39	"	5
40—49	"	9
+ de 50	"	3

TABLA N° 3

<b>Operaciones previas</b>		<b>N° Casos</b>
Emergencias		33
Electivas		4

TABLA N° 4

<b>Diagnóstico Preoperatorio</b>		<b>N° Casos</b>
Traumatismos		
Arma de fuego		5
Arma blanca		5
Cerrado		1
Pat. Gineco-Obstétrica		
Benigna		6
Maligna		2
Apendicitis Aguda		6
Plastrón apendicular		5
Ca. Gástrico		1
Obstrucción intestinal		3
Diverticulitis aguda		1
Ca. de recto		1
Ca. de colon ascendente		1
Total		<u>37</u>

TABLA N° 5

**Tipo de Intervención Previa**

	<b>N° Casos</b>
Colectomía segmentaria	
por arma de fuego	3
por carcinoma	1
Colorrafia	
por arma de fuego	3
por arma blanca	4
Cesáreas	4
Histerectomía	
sin radiación postop.	1
con radiación postop.	2
Curetaje	1
Enterectomía delgada	5
Enterorrafia	2
Apendicectomía	11
Total	37

En los traumatismos, 3 fístulas ocurrieron después de resecciones segmentarias, sin colostomía, en heridas por arma de fuego; 3 en colorrafias frente a heridas por arma de fuego y 4 en colorrafias ante heridas por arma blanca. En el área gineco-obstétrica, 4 fístulas fueron consecutivas a cesáreas; 1 a histerectomía abdominal total, 1 a curetaje y 2 a carcinomas irradiados del cuello uterino.

**ANATOMIA PATOLOGICA**

Una fístula fue localizada en el duodeno, 14 en el yeyuno-íleon y 22 en el intestino grueso (Tabla N° 6). El diagnóstico del sitio de localización de la fístula se hizo mediante la clínica y la administración de azul de metileno, en 17 pacientes, en tanto que en 6 pacientes se hizo mediante fistulografía con ditriazolato sódico; en 2 por colon por enema; por tránsito intestinal en 2 ocasiones; por colon por enema y fistulografía en 1 caso y en 9 pacientes no se hizo localización topográfica previa a la intervención (Tabla N° 7).

El tiempo en que la fístula se hizo presente después de la intervención, varió entre 7 y 15 días (Tabla N° 8). Su aparición se hizo por la herida operatoria en 15 casos, por los drenes en 18 y por ambos sitios en 4 casos (Tabla N° 9).

TABLA N° 6

**Localización**

	<b>N° Casos</b>
Duodeno	1
Yeyuno-íleon	14
Colon	22

TABLA N° 7

**Diagnóstico**

	<b>N° Casos</b>
Clínica+azul de metileno	17
Fistulografía	6
Colon por enema	2
Tránsito intestinal	2
Colon por enema+fistulografía	1
En el quirófano	9
Total	<u>37</u>

TABLA N° 8

**Aparición de la fístula**

	<b>N° Casos</b>
Hasta 7 días	16
Entre 8 y 15 días	13
Más de 15 días	6
No precisados	2

TABLA N° 9

**Aparición de la fístula**

	<b>N° Casos</b>
Por la herida	15
Por los drenes	18
Por ambos sitios	4

**TRATAMIENTO**

Las fístulas fueron consideradas como de Bajo Gasto cuando su producción era menor de 500 ml por día y de Alto Gasto cuando la producción era mayor de esta cifra. De acuerdo a este criterio, tuvimos 27 fístulas de bajo gasto y 10 de alto gasto.

En 22 fístulas, entre las cuales se encontraban todas las de alto gasto, las de intestino delgado y algunas de colon, el tratamiento inicial fue la hiperalimentación endovenosa, empleando diversos agentes tales como Bioamín y Fluidamín, entre 500 y 3.000 ml diarios, combinada con gastrosucción permanente y antibióticos. (Tabla N° 10).

**RESULTADOS**

En los pacientes hiperalimentados, obtuvimos el cierre espontáneo de la fístula en 9 ó 41 por ciento; fue necesario intervenir quirúrgicamente a 8 ó 36 por ciento, y obteniéndose el cierre de la fístula en todos ellos; 5 pacientes, o 23 por ciento, fallecieron sin intervenir.

En los pacientes a quienes no se hiperalimentó, 9 ó 60 por ciento cerraron espontáneamente; 3 ó 20 por ciento, debieron ser intervenidos, cerrándose su fístula; 2 pacientes, o 13 por ciento, murieron después de operados y 1 paciente murió sin llegar a ser intervenido (Tabla No. 11).

TABLA N° 10

**Tratamiento**

	<b>N° Casos</b>	<b>%</b>
Con hiperalimentación	22	59
Sin hiperalimentación	15	41
Gastrosucción	37	100
Antibióticos	37	100

TABLA N° 11

**Resultados I**

	<b>N° Casos</b>	<b>%</b>
<b>Con hiperalimentación</b>	22	
cierre espontáneo	9	41
cierre por cirugía	8	36
muertes sin cirugía	5	23
<b>Sin hiperalimentación</b>	15	
cierre espontáneo	9	60
cierre por cirugía	3	20
muertes sin cirugía	1	6,5
muertes post quirúrgicas	2	13

Los resultados, en relación con la localización de la fístula, señalan que todos los pacientes con fístulas de intestino delgado fueron hiperalimentados, falleciendo 5 sin intervenir, cerrándose quirúrgicamente en 8 y espontáneamente en 2. En cuanto a las fístulas del intestino grueso, 7 pacientes fueron hiperalimentados y 15 no lo fueron. En todos los 7 pacientes que fueron hiperalimentados, la fístula cerró espontáneamente. En 15 pacientes que no fueron hiperalimentados, la fístula cerró espontáneamente en 9; en 5 casos se intentó la corrección quirúrgica de la fístula, falleciendo 2 pacientes y curándose 3 y en otro paciente el deceso se produjo antes de decidir la intervención (Tabla N° 12).

El promedio de estancia hospitalaria fue de 39 días, con una estancia mínima de 9 días en un paciente que falleció y máxima de 105 días (Tabla N° 13).

En los casos donde se practicó una intervención quirúrgica, esta consistió en resección de la zona intestinal fistulizada, con anastomosis término-terminal en dos planos. Las causas que originaron las muertes de nuestros 8 pacientes fueron sepsis generalizada y trastornos electrolíticos incontrolables (Tabla N° 14).

TABLA N° 12

**Resultados II**

	<b>N° Casos</b>	<b>%</b>
<b>Intestino Delgado</b>	15	
Hiperalimentados	15	100
Cierre espontáneo	2	13
Cierre quirúrgico	8	53
Muertes sin intervención	5	34
<b>Intestino Grueso</b>	22	
Hiperalimentados	7	32
Cierre espontáneo	7	100
No hiperalimentados	15	68
Cierre espontáneo	9	60
Cierre quirúrgico	3	20
Muertes sin intervención	1	7
Muertes post quirúrgicas	2	13

TABLA N° 13

**Período de Estancia**

	<b>N° Días</b>
Promedio	39
Mínima	9
Máxima	105

TABLA N° 14

**Causas de Mortalidad**

	<b>N° Casos</b>	<b>%</b>
Total de muertes	8	22
sepsis generalizada		
trastornos electrolíticos		

**COMENTARIOS**

Del análisis de nuestra pequeña serie podemos sacar algunas observaciones valiosas:

1. Las fístulas enterocutáneas son una complicación postoperatoria grave, particularmente las fístulas de alto gasto;
2. Muchas de las fístulas se originan en intervenciones de las llamadas "sencilas", como las apendicectomías, y en intervenciones donde los cirujanos

o abusan de su habilidad y experiencia o pecan de poco juiciosos, como en las apendicectomías en plastrones apendiculares;

3. La hiperalimentación parenteral es un valioso auxiliar en el manejo de las fístulas colocutáneas, generalmente de poco gasto, ayudando a que éstas cierren en una alta proporción. Sin embargo, una fístula de colon, hiperalimentada, que no cierre en un período de tres a cuatro semanas, debe ser resuelta quirúrgicamente;
4. Las fístulas de intestino delgado son fístulas graves, que requieren hiperalimentación, severa vigilancia del estado general y local del enfermo y un buen juicio clínico para valorar su evolución y resolver oportunamente la intervención quirúrgica;
5. Hay un tipo particular de fístulas, que es producida por el cirujano cuando cierra la pared y, generalmente, ocurre cuando un asa delgada es fijada al peritoneo, produciéndose posteriormente una escara que cae y produce la fístula. Este tipo de accidente debe sospecharse en fístulas de intestino delgado rebeldes al tratamiento con hiperalimentación;
6. El tratamiento quirúrgico debe ser resuelto sin vacilaciones en los casos que hayan sido hiperalimentados en forma correcta y cuya producción no tenga tendencia a disminuir. El tratamiento quirúrgico indicado a tiempo es altamente recompensante para el enfermo y el cirujano.
7. El tipo de antibiótico o antibióticos a utilizar deberá cubrir Gram positivos, Gram negativos y anaerobios.

## RESUMEN

Presentamos una revisión de 37 pacientes tratados en el Departamento de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño, en un período de 10 años, destacando los datos relativos a etiología, anatomía patológica, tratamiento y resultados, señalando la importancia de la hiperalimentación parenteral en el manejo de estos enfermos. Mostramos que las fístulas del intestino delgado, generalmente consideradas como de alto gasto, son extremadamente graves y que deben ser rigurosamente valoradas para decidir su intervención quirúrgica, ya que muchos pacientes mueren sin que esta decisión haya sido tomada. La cirugía y la hiperalimentación, juntas, tienden a bajar la morbimortalidad en este tipo particular de localización de la fístula. Por el contrario, en las fístulas del intestino grueso, la hiperalimentación es un precioso método de tratamiento, siempre que se vigile el estado general del enfermo. Debe siempre tenerse en cuenta la observación de que ninguna fístula cierra espontáneamente, si por delante de ella hay alguna obstrucción.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 DUDRICK, S. J. WILMORE D. W., vars H. M.: Long-term total parenteral nutrition with growth, development, and positive nitrogen balance. *Surgery*, 64:134, 1968.
- 2 NASSOS, T. P.- Braasch J. W.: External small bowell fístulas: current treatment and results. *Surg. Cl. North Am*, 51:687, 1971.
- 3 SHELDON G. F.- Gardiner BN, Way LW.: Management of gastrointestinal fístulas. *Surg. Gyn & Obstet*, 133:385, 1971.
- 4 STERNQUIST, J. C.- Bublick MP, Hitchcock CR.: Enterocutaneous fístula. *Dis. Col. & Rect.* 21:578, 1978.