

FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS, NUTRICIÓN Y CIRUGÍA

*Dr. Jesús Adelmo Anta E. **

INTRODUCCIÓN:

Las fístulas entero cutáneas se han vuelto complicaciones prevalentes, de los enfermos atendidos por los servicios quirúrgicos de los hospitales generales, principalmente después del abordaje operatorio del abdomen con intervención directa o no del tracto gastrointestinal, con la consiguiente morbimortalidad alarmante.

La implementación de la nutrición quirúrgica por las rutas endovenosas y enteral a partir de la década de los 70, establece un cambio radical en el pronóstico de las fístulas digestivas, conjuntamente con el desarrollo de mejores medidas de apoyo respiratorio, monitoreo hemodinámico, nuevos antibióticos, etc. En la década previa las principales causas de muerte estaban relacionadas con sepsis, desnutrición y desequilibrio hidroeléctrico. Desde el trabajo de Chapman (3) se ha reconocido que el apoyo nutricional es una parte esencial en el manejo de las fístulas enterocutáneas; y la experiencia del Hospital General de Massachusetts (9) es más que objetiva al lograrse una reducción de la mortalidad global del 45o/o al 15o/o; y la del Hospital Príncipes de España (10) con un 71.2o/o de cierres espontáneos.

CLASIFICACIÓN:

Existen diversas formas de clasificar las fístulas enterocutáneas, de acuerdo a su localización anatómica, gasto, etc., sin embargo la que se presenta discrimina la mortalidad y cierre espontáneo (6o/o vs 32o/o; y 97o/o vs. 54o/o; respectivamente), al seleccionarse como gasto alto una producción de más de 1000 ml. en 48 horas. (10).

* Cirujano General, Hospital San Felipe
Profesor Facultad de Ciencias Médicas—UNAH



Fístula entero cutánea más sepsis de pared abdominal; (postoperada de apendicitis aguda gangrenosa).

Grupo I Fístulas esofágicas, gástricas, de intestino delgado e ileocólicas.

Ia de gasto bajo (Menor de 1000 ml en 48 horas)

Ib de gasto alto (Mayor de 1000 ml en 48 horas)

Grupo II Fístulas que drenan a través de un gran defecto en la pared abdominal

Grupo III Fístulas apendiculares y colocolónicas

TRATAMIENTO:

El manejo de este problema debe abordarse de acuerdo a la definición de tres fases específicas. (1, 3, 4,11)-

Fase I. De Estabilización.

a) Corrección de los desórdenes de líquidos y electrolitos y en el equilibrio ácido-base.

- b) Reposo intestinal con suspensión de la vía oral y el uso de succión nasogástrica si está indicada.
- c) Apoyo respiratorio y cardiovascular (inhaloterapia, uso de ventiladores, vasopresores, etc.)» y la utilización de antibióticos de amplio espectro cuando coexiste sepsis (la que se presenta en un buen número de casos).
- d) Control local de la fístula con especial atención hacia la recolección y medida de las secreciones y protección de la piel vecina para evitar su digestión por los fermentos (pasta de Lassar, goma de Karaya, etc.).

Fase II De estudio diagnóstico. En la que se identifica el sitio y características anatómicas de la fístula a base de estudios radiológicos, con uso de catéteres finos y medios contrastados hidrosolubles (fistulografía), y estudios balitados (SEGD, tránsito intestinal, colon por enema).

Fase III. De selección de un modelo eficaz de apoyo nutricional y definición del momento oportuno para realizar un cierre quirúrgico.

¿Qué modelo de nutrición?

La selección del método de nutrición dependerá del tipo de fístula, estado nutricional previo, requerimientos y posibilidades del medio donde se trabaja. (5, 7, 9). Se proponen las siguientes modalidades:

1. Las fístulas colónicas de bajo gasto (lo usual) se manejan con dietas de mínimo residuo. Cuando su gasto tiende a ser alto es preferible la utilización de dietas elementales (Vivonex, Flexical) que además de proporcionar un mínimo residuo se absorben en segmentos cortos de intestino delgado funcional, proporcionando en un tiempo prudencial las suficientes calorías y nutrientes. Al iniciarlas debe tenerse mucho cuidado con las diluciones para evitar fenómenos osmóticos indeseables. Se pueden administrar por vía oral a condición de que se hagan en soluciones frías y con saborizantes; o mejor a través de sondas nasogástricas o nasoentéricas de pequeño calibre con perfusión continua en las 24 horas.

2. Las fístulas de gasto alto se manejan de preferencia con hiperalimentación endovenosa, utilizando glucosa hipertónica como fuente calórica y aminoácidos cristalinos como fuente de nitrógeno (Travasol, Freamine). Cuando las condiciones individuales lo permiten puede utilizarse una combinación de hiperalimentación enteral y endovenosa con distribución del aporte energético y de nutrientes para abaratar su costo.

¿Cuándo operar?

Ya que el manejo médico prolongado conduce a una mortalidad mayor (34.5o/o vrs. 14.4o/o en la experiencia de la Clínica Cleveland) (2), debe definirse el momento más oportuno para el abordaje quirúrgico en ausencia del cierre espontáneo de la fístula.

Es indudable que en presencia de peritonitis y abscesos peritoneales la intervención quirúrgica debe hacerse inmediatamente ya que la mortalidad llega al 70o/o y más; pero en la mayoría de los casos sin estas complicaciones, debe esperarse que se resuelva la peritonitis obüterativa que sigue a toda operación sobre el abdomen como consecuencia de los fenómenos de reparación en las fases de la cicatrización, esta tiene un efecto máximo entre las tres y seis semanas, por lo que el período de espera se ajusta a este intervalo. Valga decir, que durante éste, el enfermo estará bajo un régimen de nutrición quirúrgica.

Los procedimientos quirúrgicos se encaminan de preferencia hacia la extirpación del segmento de intestino que contiene la fístula con anastomosis termino-terminal, ya que los procedimientos derivativos y de exclusión a la larga conllevan mayor morbimortalidad (1, 2,9,10).

CONCLUSIONES:

Las fístulas enterocutáneas ocupan un lugar muy especial en el tratamiento de las complicaciones postoperatorias, como consecuencia de intervenciones quirúrgicas en pacientes sépticos, debilitados, traumatizados y con obstrucción intestinal.

El enfoque inicial irá dirigido hacia la estabilización de las funciones vitales, luego la verificación del problema por estudios de preferencia radiológicos, y la selección de un modelo efectivo de apoyo nutricional. Cuando por una u otra razón no se logra el cierre espontáneo se impone la co-

rección quirúrgica, a condición de que el enfermo se encuentre en fase anabólica, para evitar riesgos innecesarios que se traducen en fallas anastomóticas, nueva sepsis y nuevas fístulas, más la galopante falla orgánica múltiple responsable de la alta mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Athanassiades S., Notis P., Tountas C, Fístulas of the gastrointestinal tract. Experience with eighty-one cases. *Am. J. Surg.* 1975; 130:26-8.
2. Coutsoftides T., Fazio V.W. Small intestine cutaneous fístulas. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1979; 149:333-6.
3. Chapman R., Foran R., Dunphy J.E. Management of intestinal fístulas. *Am. J. Surg.* 1964; 108: 157-64.
4. Del Toro S.M., González J.E., Juárez M.S. Fístulas digestivas, nutrición parenteral y cirugía. *Rev. Ciruj. Gral. Mex.* 1984; 8: 293-97.
5. Kaminski V.M., Deitel M. Nutritional support in the management of extermal fístulas of the alimentary tract. *Br. J. Surg.* 1975; 62: 100-3.
6. Halasz N.A., Changing patterns in the management of small bowell fístulas. *Am. J. Surg.* 1978; 136: 61-5.
7. McFayden B.V. Dudrick S. J-, Ruberg R.L. Management of gastrointestinal fístulas with parenteral hyperalimentation. *Surgery* 1973; 74: 100-5.
8. Pearlstein L., Usaf M., Jones CE., Polk H.C. Gastrocutaneous Fistula: Etiology and treatment. *Ann. Surg.* 1978; 187:223-26.
9. Soeters P.B., Ebeid AM., Fischer J.E. Review of 404 patients with gastrointestinal fístulas. Impact of parenteral nutrition *Ann. Surg.* 1980; 190: 189-202.
10. Sitges-Serra A., Jaurrieta E., Sitges-Creus A., Management of postoperative entero cutaneous fístulas: the roles of parenteral nutrition and surgery. *Br. J. Surg.* 1982; 69:147-50.
11. Thomas R.J.S., The response of patients with fístulas of the gastrointestinal tract to parenteral nutrition. *Surg. Gynecol. and Obstet.* 1981; 153:77-80.
12. Zera R.T., Dudrick M.P., Stemquist J.C., Hitchcock C.R. Enterocutaneous fístulas. Effects of total parenteral nutrition and surgery. *Dis. Col. and Rect.* 1983; 26:109-13.