Fístulas digestivas

Fisiopatología, tratamiento general y cuidados locales

Dr. Julián García del Caño

Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva

Importancia

Incidencia (no decrece)

Mortalidad (5-20%)

Estancia hospitalaria

Coste económico

Enterocutaneous fistula: Are treatments improving? Surgery 2006; 140(4): 570-6

Punto clave

¿Cuándo intervenir a un paciente con una fístula?

¿Hasta cuándo un tratamiento conservador?

Índice

Definición

Historia

Etiología

Clasificación

Fisiopatología

Tratamiento

Definición

Comunicación anormal entre
dos superficies
epitelizadas

(Dos órganos huecos o
un órgano hueco y la piel)

Historia

Areteo de Capadocia (39 a.C.)

Amyand (1735)

Saraceno (1612)

John Hunter (XVIII)

Siglo XIX

Historia

Edmunds (1960): enfoque moderno
Desequilibrio hidroelectrolítico

Sepsis

Desnutrición

Chapman (1964): relega la cirugía hasta la estabilidad hemodinámica y nutricional

Protocolo de Chapman y col.

Primera prioridad (hasta 12 h)

A. Reponer el V sanguíneo
B. Drenar abscesos accesibles
C. Controlar la fístula y proteger la piel

Segunda prioridad (hasta 48 h)

A. Corregir el desequilibrio electrolítico
B. Restituir la pérdida diaria
C. Comenzar nutrición parenteral

Tercera prioridad (1 a 6 días)

A. Tubo de alimentación por la fístula
B. Yeyunostomía
C. Drenar nuevos abscesos

Cuarta prioridad (5 a 14 días)

Cirugía mayor:

A. Para drenar sepsis oculta
B. Para cerrar la fístula

Historia

La fístula

Control del débito

Historia

Trozos de placenta humana sobre el orificio externo

Sonda de Foley

Solución de Tremollieres

Adhesivos biológicos

Somatostatina-Octreótido

Etiología

Postoperatorias 75-90 %

Congénitas

Inflamatorias

Neoplásicas

Traumáticas

Actínicas

Isquémicas

Factores predisponentes

Inherentes al paciente

- Desnutrición
- Sepsis
- Peritonitis plástica

Inherentes al cirujano

- Aspectos técnicos
- Aspectos tácticos

Clasificación

Etiológica: espontáneas y secundarias

Anatómica

Fisiológica: Alto débito (> 200 ml / día)

Bajo débito (< 200 ml / día)

Pronóstica

Clasificación pronóstica de Schein

Tipo I	Esofágicas, gástricas y duodenales	17%
Tipo II	I. delgado	33%
Tipo III	Colon	20%
Tipo IV	Drenan a través de defecto importante de pared abdominal (> 20 cm^2)	60%
IVa	En profundidad de la herida, sepsis	>60%
IVb	En superficie de la herida	10%

Fisiopatología

Alt. hidroelectrolíticas

Sepsis

Desnutrición

Fisiopatología

Formas de presentación

Peritonitis

Absceso

Fístula interna

Fístula enterocutánea

El pronóstico y el tratamiento variarán según la forma de presentación

Fisiopatología

Fisiopatología

Prolongación del ileo

Aumento probabilidad dehiscencia de la herida

Aumento riesgo de infecciones

Aumento mortalidad

Fisiopatología

Complicaciones de pared

Dermatitis por irritación química

Infección de planos músculo-aponeuróticos

Fístulas altas: predominio de acción química sobre bacteriana

Fisiopatología

Sepsis

Primer predictor independiente de mortalidad

Cierre espontáneo del 90% de las fístulas
si se controla la infección subyacente

Si no se controla la infección, la cifra baja al 6%

Reber y col. Ann Surg 1978;188(4):460-466

Tratamiento

Principios generales

1. Diagnóstico
2. Estabilización
3. Tratamiento y cuidados definitivos

Tratamiento

Estabilización

1. Tratamiento complicaciones metabólicas
2. Tratamiento de la sepsis
3. Apoyo nutricional
4. Control del flujo de la fístula y proteger la herida

Tratamiento

Complicaciones metabólicas

Control diario de pérdidas de electrolitos y agua para su correcta reposición

Deshidratación

Hipopotasemia

Hiponatremia

Acidosis metabólica

Tratamiento

Sepsis

Drenaje de abscesos: percutáneo o quirúrgico

Antibioterapia: empírica o tras antibiograma

Apoyo nutricional

Tratamiento

Apoyo nutricional

Nutrición enteral

Nutrición parenteral total

Tratamiento

Control del débito de la fístula

Reducción de las secreciones G-I

Supresión de la ingesta

Somatostatina
Octreótido

No aumentan el nº de cierres espontáneos
Aumentan complicaciones sépticas y tromboembólicas

Alvarez C. World J Surg 2000; 24: 533-538

Tratamiento

Cuidados locales

Sistemas vacuum (VAC System®)

Retirar material protésico

Retirar drenaje una vez establecido el trayecto fistuloso

Barreras cutáneas (pasta de Karaya, glicerina, resinas de intercambio iónico,etc.)

Tratamiento

¿Cuándo operar?

1. Sepsis no controlable con ATB y drenaje percutáneo

2. Datos clínicos y analíticos que se asocien a una probabilidad reducida de cierre espontáneo

3. Ausencia de cierre espontáneo tras 4-6 semanas de soporte nutricional adecuado (estudios* más recientes proponen una espera de 16 a 24 semanas)

*Draus JM. Surgery 2006; 140(4): 570-6

Tratamiento

Factores que dificultan el cierre espontáneo

- Abscesos adyacentes
- Discontinuidad intestinal
- Obstrucción distal
- Cuerpos extraños
- Fístulas en estómago, íleon y lig. de Treitz

Fischer JE. World J Surg 7:446, 1983

Tratamiento

Factores que dificultan el cierre espontáneo

- Fístulas menores de 1 cm de longitud
- Intestino irradiado
- Resección tumoral incompleta
- Eversión de la mucosa
- Defecto de la fístula > 1 cm^2
- Transferrina < 200 mg/dl

Fischer JE. World J Surg 7:446, 1983

El trabajo en equipo es el mejor...

... y lo mejor del trabajo en equipo es que puedes echar la culpa a otro

Muchas gracias

Dr. Julián García del Caño
mogarsa@yahoo.es

Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva