

Cartas al Director

Fístula gastrocutánea resuelta mediante inyección endoscópica de cola biológica

Palabras clave: Fístula gastrointestinal. Endoscopia. Fibrina. Cola biológica.

Key words: Gastrointestinal fistula. Endoscopy. Fibrin. Biological glue.

Sr. Director:

Gestante de 34 años de edad que acude a urgencias por hemorragia digestiva alta (HDA) tras tratamiento quirúrgico de pseudoquiste pancreático en el 4º mes de gestación (quisto-gastrostomía); tras su ingreso hospitalario se le practican diferentes pruebas, destacándose en la endoscopia oral: molde hemático que ocupa la totalidad del estómago e impide ver la causa del sangrado. Se decidió intervención quirúrgica urgente ante la persistencia de inestabilidad hemodinámica, realizándose esplenectomía y pancreatectomía córporo-caudal, desmontándose la derivación. La paciente presentó signos de bajo gasto cardiaco en el postoperatorio inmediato, realizándose TAC en el que fue objetivado un gran hematoma subcapsular en lóbulo hepático derecho de densidad heterogénea junto con marcado engrosamiento de las paredes gástricas con escasa captación de contraste. Fue necesario reintervenir quirúrgicamente, apreciándose como hallazgo fundamental áreas de necrosis en la curvatura mayor gástrica, y se realizó una resección gástrica atípica (resección de curvatura mayor del estómago, no optando por una gastrectomía subtotal dado el precario estado hemodinámico de la paciente durante la intervención). El postoperatorio inmediato cursó favorablemente salvo por la persistencia de débito mantenido por el drenaje abdominal (200 cc/d) de origen digestivo (valores elevados de amilasa en drenajes). Se realizó un TAC que objetivó dehiscencia parcial de la pared gástrica, y su trayecto

fistuloso. Dado el buen estado general de la paciente fue instaurado tratamiento conservador de la fístula gastrocutánea con nutrición enteral a través de sonda nasoyeyunal y análogos de la somatostatina. Tras unas semanas de tratamiento conservador la fístula disminuyó su débito a aproximadamente a 40 cc al día sin cierre completo de la fístula, de manera que se contactó con el Servicio de Digestivo para planear oclusión de la fístula mediante tratamiento endoscópico con inyección de pegamento biológico (Tissucol®). Endoscópicamente se apreció el estómago deformado, con reducción de la luz en la zona media por retracción cicatricial, a modo de reloj de arena, observándose en curvatura mayor orificio fistuloso a través del cual fueron inyectados 3 cc de cola biológica. La evolución resultó satisfactoria con oclusión de la fístula dado el cese del débito por orificio fistuloso externo y objetivada morfológicamente mediante estudio gastroduodenal (Figs. 1 y 2). La paciente presentó buena tolerancia a la introducción progresiva de dieta oral y posteriormente recibió el alta domiciliaria. Actualmente la paciente se encuentra de alta clínica buen estado general y sin complicaciones.

Las fístulas enterocutáneas son comunicaciones anormales entre el tracto gastrointestinal y la piel. La causa más frecuente es la cirugía (75-85%), y el resto son secundarias a patología subyacente (fundamentalmente enfermedad de Crohn, aunque también se presenta en el contexto de diverticulitis aguda, enfermedad neoplásica, enteritis actínica, procesos inflamatorios intraabdominales o traumatismos). La fístula enterocutánea presenta una tasa de cierre espontáneo menor al 25% (variable según la localización del tramo fistuloso y el débito de la misma), con una mortalidad considerable (5-20%) (1,2). El manejo inicial de estos pacientes debe centrarse inicialmente en la corrección del balance hidroelectrolítico, prevención y tratamiento de la sepsis y control del débito de la fístula. La causa más frecuente de muerte en estos pacientes es la sepsis, favorecida habitualmente por la presencia de complicaciones y la patología concomitante asociada (3) de modo que el objetivo a seguir en estos casos es el cierre de la fístula con la menor morbimortalidad para el paciente. El manejo de las fístulas enterocutáneas con pegamento biológico ha sido documentado en varias ocasiones,



Fig. 1. Estudio baritado previo a la inyección de Tissucol®.

apreciándose los mejores resultados realizando la aplicación endoscópicamente una vez localizado en orificio fistuloso interno. De este modo se han descrito tasas de éxito de 75-86% (4-6) con una media de 2,8 sesiones (6), presentando un mejor resultado aquellas fistulas enterocutáneas de bajo débito (80 frente a 25% de fístulas de alto débito). No obstante estos estudios presentan un número considerablemente bajo de pacientes incluidos, de modo que se recomienda la realización de estudios aleatorizados en los que se incluya un tamaño muestral que permita arrojar datos estadísticamente significativos. Este procedimiento podría resultar útil en casos en los que se presenten fístulas de bajo débito cuyo orificio fistuloso interno sea accesible endoscópicamente y el riesgo quirúrgico sea elevado o se prevea una intervención técnicamente difícil.

J. L. García Moreno, J. M. Suárez Grau, M. A. Gómez Bravo¹,
J. M. Álamo Martínez¹, D. Domínguez Usero, Z. Valera
Sánchez, L. Tallón Aguilar y L. Barrera Pulido²



Fig. 2. Estudio baritado tras la inyección de Tissucol®.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. ¹Unidad de Cirugía Hepatobilio-Pancreática. ²Fundación Reina Mercedes. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Bibliografía

1. Lloyd DAJ, Gabe SM, Windsor ACJ. Nutrition and management of enterocutaneous fistula. *Br J Surg* 2006; 93 (3): 1045-55.
2. Draus JM, Huss SA, Harty NJ, Cheadle WG, Larson GM. Enterocutaneous fistula: Are treatments improving? *Surg* 2004; 140: 570-8.
3. Lynch AC, Delaney CP, Senagore AJ, Connor JT, Remzi FH, Fazio VW. Clinical outcome and factors predictive of recurrence after enterocutaneous fistula surgery. *Ann Surg* 2004; 240 (5): 825-31.
4. Lamont JP, Hooker G, Espenschied JR, Lichliter WE, Franko E. Closure of proximal colorectal fistulas using fibrin sealant. *Am Surg* 2002; 68 (7): 615-8.
5. Rabago LR, Ventosa N, Castro JL, Marco J, Herrera N, Gea F. Endoscopic treatment of postoperative fistulas resistant to conservative management using biological fibrin glue. *Endoscopy* 2002; 34 (8): 632-8.
6. Rabago LR, Moral I, Delgado M, Guerra I, Quintanilla E, Castro JL, et al. Endoscopic treatment of gastrointestinal fistulas with biological fibrin glue. *Gastroenterol Hepatol* 2006; 29 (7): 390-6.