

FÍSTULAS ABDOMINALES POSTQUIRÚRGICA: Análisis de una Tesis Doctoral.

DR. JOSÉ GUAZHCO LLIVISACA

Cirujano General del Hospital Abel Gilbert Pontón
Guayaquil – Ecuador

Correo: joseguazhcomejia@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3539-7339>

DR. FREDDY OLAYA PACHECO

Cirujano General, asociado a coloproctología
Hospital Abel Gilbert Pontón.

Guayaquil – Ecuador

Correo : freddy.olayap@ug.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-00002-6265-5953>



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 4 Edición N°2 Periodicidad semestral Julio-Diciembre pp. 27-33, ISSN 2661–6726

RECIBIDO: 23/04/2023
APROBADO: 12/06/2023

RESUMEN

En el lapso de 7 años, en el Hospital “Abel Gilbert Pontón” se intervino quirúrgicamente un promedio de 6825 paciente, de estos se complicaron un 2,6% pacientes (184 pacientes) **y la principal complicación fue la fistula enterocutánea 164 pacientes es decir 2,4%**, cuyo porcentaje estaría dentro del margen internacional de producción de fistula. (tesis. Dr. Fernando Moncayo a)

Los factores de comorbilidad (62% de los pacientes en este estudio presentaron más de 3 factores) influyo en la evolución de los pacientes que fueron intervenidos, aunque la aparición de

fistula también se observó en paciente sin ellos.

La edad del paciente, el estado nutricional, los estados de comorbilidad (canceres, diabetes, inmunodeprimido), los procesos sépticos o inflamatorios que posee actualmente el paciente, son factores gravitantes (riesgos) en la aparición de fistulas. En nuestro estudio un 62% presentaron más de 3 factores. Además, el factor humano como la capacidad para resolver los problemas encontrados en la cirugía, el cansancio físico y mental (síndrome de Burnout) son también factores que influyen en las complicaciones postquirúrgicas.

La mortalidad general fue de 13,3%, fueron reintervenidos el 8,7% de los pacientes y no



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

fueron reintervenidos el 4,3%.

Palabras claves: Fístula entero-cutánea, factores de riesgo.

ABSTRACT

In the span of seven years, in the Hospital "Abel Gilbert Ponton" was operated an average of 6825 patients, of these 2.6% were complicated patients (184 patients) and the main complication was the entero-cutaneous fistula 164 patients is say 2.4%, which would be within the margin percentage international fistula production. (thesis Dr. Fernando Moncayo A.)

The co-morbidity factors (62% of the patients in this study had more than 3 factors) influenced the evolution of the patient who underwent surgery, but also the appearance of fistula was observed in patients without them.

The patient's age, nutritional status, comorbid states (cancers, diabetes, inmunodeprimido), septic or inflammatory processes that currently owns the patient are gravitating factors (risks) in the occurrence of fistulas. In our study 62% had more than 3 factors. Besides the human factor as the ability to solve problems encountered in surgery, physical and mental fatigue (Burnout syndrome) are also factors influencing post-surgical complications.

Overall mortality was 13.3%, were re-operated for 8.7% of patients and were not re-operated 4.3%.

Keywords: Entero-cutaneous fistula, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La fístula entero-cutánea se define como la salida o escape de contenido del tubo digestivo a la piel como una comunicación anormal. La etiología más frecuente es la post- operatoria^{1,2} y de esta el 80 a 90% son en cirugías de emergencias y muchas veces son debidas a errores técnicos durante la intervención quirúrgica, la tasa global de mortalidad es de un 15 a 25%. Se reporta una tasa del 80% de cierre espontaneo.³

Las fistulas postquirúrgicas, pueden producirse⁶, en pacientes con factores de riesgo como los que se le realizan procedimientos quirúrgicos de urgencia, mal preparados, que se le han realizado maniobra de reanimación por hipotensión prolongada durante el prequirúrgica o transquirúrgica; anemia, hipotermia, acidosis; en los que la técnica quirúrgica deficiente, como las suturas a tensión o con obstrucción distal al sitio de la sutura o de la anastomosis. También se suman los que padecen de proceso infecciosos (Absceso) o cuerpos extraños (gasas, compresas, drenes, etc.) que producen o mantienen la fistula.

La edad, aunque no es un factor determinante, lo es cuando existen comorbilidades como la diabetes donde la función de los leucocitos están alterada y contribuyen a una pobre cicatrización de las anastomosis o suturas. Enfermedades ictericas, donde la hiperbilirrubinemia provoca un efecto inhibitor de la proliferación de fibroblastos y la formación de endotelio. Localmente el edema de asas intestinal la disminución en el aporte sanguíneo juega un papel importante El uso de la laparostomía o abdomen abierto^{4,5} (bolsa de



Bogotá) conlleva a la aparición de fistulas al aire abierto (fistula entero atmosférica), las cuales tienen una gran mortalidad. La recurrencia de la fistula luego de un nuevo abordaje quirúrgico es una causa de mortalidad más frecuente⁷.

Las fistulas producen trastornos sistémicos y locales que ponen en peligro la vida del paciente que se deben evitar a toda costa. La deshidratación y desnutrición, el líquido que se pierde en las fistulas intestinales es rico en sodio, potasio, cloro y bicarbonato, por lo que puede padecer una hipopotasemia y acidosis metabólica, desnutrición por pérdida de nutrientes proteicos o falta de absorción. Infección y abscesos, que puede llevar a la sepsis^{8,9}.

CLASIFICACIÓN FISIOLÓGICA DE LAS FISTULAS.

Bajo gasto: o bajo flujo, pérdida de líquido de menos de 200 cc en 24 horas.

Moderado gasto: o moderado flujo, salida de líquido de 200 a 500 cc en 24 horas.

Alto gasto: o alto flujo, salida de líquido de más de 500 cc.

RESULTADOS

En el lapso de 7 años en el Hospital “Abel Gilbert Pontón” se intervino quirúrgicamente un promedio de 6825 paciente, de estos se complicaron un 2,6% pacientes (184 pacientes) **y la principal complicación fue la fistula enterocutánea 164 pacientes es decir 2,4%**, cuyo porcentaje estaría dentro del margen

internacional de producción de fistula.

El diagnóstico de ingreso de los pacientes fistulados fue variado (tabla 1) entre ellos: cierre de colostomía 18 pacientes, cierre de ileostomía 8, perforación de colon 9, perforación de íleon 6, ulcus perforado 3, apendicitis aguda 23, traumas por arma cortopunzante 4, trauma por arma de fuego 20, colecistectomía abierta 20, Coledocolitiasis 14, colecistectomía laparoscópica 6, obstrucción por adherencias 9, obstrucción intestinal 4, hernia encarcelada 6, cáncer del tubo digestivo 14.

Tabla 1 Diagnóstico porcentual de ingreso, 164 pacientes

DIAGNÓSTICO DE INGRESO	
Cierre de ostomías	16%
Abdomen perforativo	11%
Apendicitis aguda	14%
Trauma de abdomen	15%
Cirugía de vesícula y Vías biliar	24%
Obstrucción Intestinal	8%
Hernia encarcelada	3,5%
Canceres del tubo digestivo	8,5%

Fuente: Carpetas Dpto. de cirugía del Hospital Abel Gilbert Pontón

Autor: Elaboración propia

El 54% de los pacientes (88 pacientes) implicados en fistulas fueron ingresados para cirugía de emergencia, y el 46% (76 pacientes) para cirugías programadas. De los pacientes



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

intervenidos en el área de emergencia el 25% fueron intervenidos por el residente de nivel 1, el 60% por el residente de nivel 2 y el 15% por el residente de nivel 3. De las lesiones NO observadas por los cirujanos en la primera cirugía y diagnosticada en la reintervención, nueve fueron en traumas penetrantes, una en perforación tífica, una en diverticulitis y una en perforación de divertículo de Meckel. (tabla 2)

Entre las causas en anastomosis y rafia simples tenemos: ligadura de conducto cístico en colecistectomía, rafia de perforación simple en traumas, ligadura de muñón apendicular. Las anastomosis y rafias en lesiones complejas tenemos entre ellas: anastomosis T-T en pacientes con traumas severos con resucitación con fluidos, rafias intestinales con edemas o isquemia de asas, en peritonitis severa con sepsis generalizada, en pacientes con cánceres diseminados (carcinomatosis) o isquemia intestinal.

Los pacientes que presentaron fístula luego de adherolisis, ingresaron como abdomen agudo obstructivo por adherencias. Las lesiones observadas en cirugía laparoscópica, fueron durante el primer año de introducir la técnica en las cirugías programadas.

Tabla 2 Fístulas y diagnósticos por pacientes

TIPOS DE FÍSTULAS DIAGNÓSTICADAS	
DIAGNÓSTICO	PACIENTES
Fístula de la rafia, ligadura o anastomosis simples	87
Fístula de la rafia, ligadura o anastomosis complejas	51
Fístulas por las lesiones No observadas durante la cirugía	12
Lesiones por adherolisis	8
Fístulas post Cole-Laparoscópica	4
Perforación intestinal post Cole-Laparoscópica	1
Sección de colédoco post Cole-Laparoscópica	1
TOTAL	164

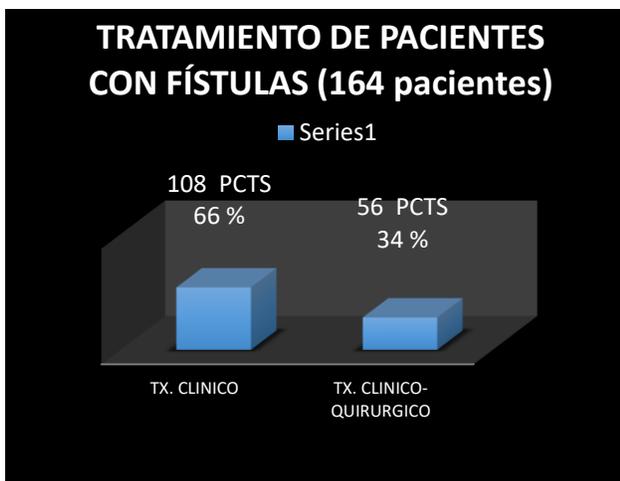
Fuente: Carpetas Dpto. de cirugía del Hospital Abel Gilbert Pontón

Autor: Elaboración propia

De 164 pacientes con fístula entero-cutánea, 108 recibieron tratamiento clínico y 56 recibieron tratamiento clínico – quirúrgico.

Ilustración 1 Porcentual de tratamiento recibidos 164 pacientes.

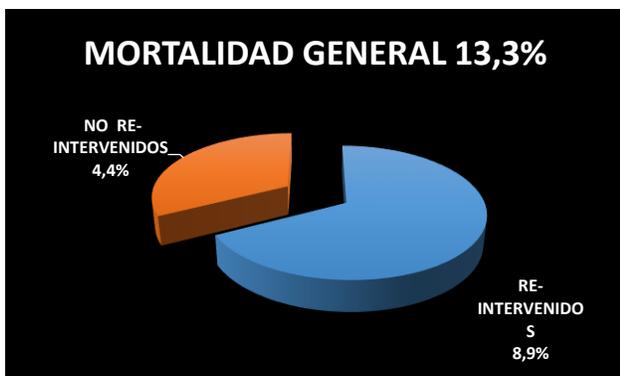




Autor: Elaboración propia

La mortalidad general fue de 13,3%, fueron reintervenidos el 8,7% de los pacientes y no fueron reintervenidos el 4,3%.

Ilustración 2 Porcentual de mortalidad reintervenidos y no reintervenidos.



Autor: Elaboración propia

Los factores de comorbilidad (62% de los pacientes en este estudio presentaron más de 3 factores) influyó en la evolución de los pacientes que fueron intervenidos, aunque la aparición de fistula también se observó en paciente sin ellos.

Figura 1 Paciente con fistula y factores de comorbilidad: desnutrido, disproteínico, inmunodeprimido y patología abdominal aguda.



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".

Autor: Elaboración propia

Dentro de las complicaciones menos frecuentes que observamos fueron las fistulas entero-atmosférica, las cuales fueron tratadas con succión continua (presión negativa) para mantener seca el área alrededor y permitir la cicatrización de los tejidos periféricos.

Figura 2 Fistulas entero-atmosférica (flechas), destrucción de tejidos y quemadura local.



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".

Autor: Elaboración propia



CONCLUSIÓN

Las estadísticas internacionales no dicen que el 75 – 85% de las fistulas son producidas por error técnico durante una cirugía, además se acepta que los pacientes que tienen mayor posibilidad de fistulizarse son pacientes con procesos urgente, agudo, o sometidos a reanimación. Dentro de las técnicas en su mayoría son por suturas o anastomosis deficientes o por obstrucción distal al sitio de la sutura o anastomosis.

La edad del paciente, el estado nutricional, los estados de comorbilidad (cánceres, diabetes, inmunodeprimido), los procesos sépticos o inflamatorios que posee actualmente el paciente, son factores gravitantes (riesgos) en la aparición de fistulas. En nuestro estudio un 62% presentaron más de 3 factores. Además, el factor humano como la capacidad para resolver los problemas encontrados en la cirugía, el cansancio físico y mental (síndrome de Burnout) son también factores que influyen en las complicaciones postquirúrgicas.

En nuestro trabajo hemos encontrado que todos estos enunciados fueron valederos en el desencadenamiento de una fistula. Tenemos un porcentaje de complicación bajo, (2,4% de fistulas) pero dentro de los parámetros internacionales establecidos; de igual manera con la mortalidad que apenas alcanzó un 13,3 % pero en forma significativa en los pacientes que fueron reintervenidos es decir 8,9%.

Hay que tomar en cuenta que el 62% de los pacientes presentaron más de 3 factores de complicación quirúrgica y como también que el 41% fueron intervenidos en horas de madrugada. La casi paridad en complicación

entre la cirugía de emergencia y las programadas, se debería a que mientras en la emergencia se intervenían pacientes jóvenes con patologías agudas en la programadas se intervenían pacientes añosos con problemas crónicos.

El drenaje y control del proceso séptico, una adecuada hidratación y nutrición, control de las complicaciones locales de las fistulas (quemaduras y maceración de tejidos circundante a la fistula) y un prudente tiempo de espera para que la fistula cierre espontáneamente una vez que los procesos anteriores estén controlados es la base fundamental para que el paciente no se reintervenga. Si todos estos factores mencionados no han sido controlados adecuadamente se impone el tratamiento quirúrgico.

Conflicto de interés: Autores no refieren tener ningún conflicto de interés referente al artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Morelos Adolfo García Sánchez. fistula. una complicación catastrófica y desafiante. revisión bibliográfica. Revista Ocronos. Vol. VI. Nº 5– Mayo 2023. Pág. Inicial: Vol. VI; nº5: 170. <https://doi.org/10.58842/WJBM3798>
- 2.- WAINSTEIN. Fístulas enterocutáneas. Enciclopedia Cirugía Digestiva. F. Galindo y colab. www.sacd.org.ar 2014, Tomo III-255 pág. 1-29.
- 3.- Manuel Antonio Núñez Marinovich. Factores de riesgo asociados a fístulas enterocutáneas



postquirúrgicas en el Hospital Dos de Mayo de enero del 2019 a diciembre del 2021. Lima - Perú 2023.

4.- Navarro-Chagoya MD. Características clínicas de pacientes con abdomen abierto en la UCI. Análisis retrospectivo. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2020; 58(2):108-113.

5.- Durán Muñoz-Cruzado VM, Tallón Aguilar L, Tinoco González J, Sánchez Arteaga A, Tamayo López MJ, Pareja Ciuró F, et al. Actualización sobre el manejo de la fístula enterocutánea y fístula enteroatmosférica. Cir Andal. 2019;30(1):40-47.

6.- Katherine del Consuelo Camargo-Hernández, Enf., MSc. Cuidados de enfermería en pacientes con abdomen abierto y fístulas enterocutáneas. MedUNAB [Internet]. 2022;25(2):264-278. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4044>

7.- Ana María Caballero Arévalo- Abdomen Hostil: Complicación quirúrgica ulterior a 9 intervenciones. Rev. Cient Cienc Med 2018; 21 (1):107-112

8.- María Paula Villagómez Mayorga. Abordaje del Paciente con Abdomen Abierto. Revisión de la Literatura. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar Julio-agosto, 2023, Volumen 7, Número 4. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.604 p.2

9.- Edwin Oveimar Muñoz-Ruiz. Nueva técnica para control de contaminación de fístulas enteroatmosféricas en abdomen abierto Björck 4. Método de Capilaridad (MECA). Rev. Colomb Cir. 2022; 37:90-5 <https://doi.org/10.30944/20117582.939>

10.- María José Vera Sánchez. manejo multidisciplinario del abdomen catastrófico en el servicio de cirugía general, del hospital de especialidades eugenio espejo. Tesis QUITO, 2019

