



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza

13

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION.

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION.
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS.
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA DE POSGRADO.



CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA PEDIATRICA.

" MANEJO ACTUAL DE LAS FÍSTULAS ENTERO-CUTANEAS."

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA.

PRESENTADO POR
DR. GABRIEL GASPAR RAMIREZ.

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA PEDIATRICA.

DIRECTOR DE TESIS
DR. LUIS MANUEL GARCIA CABELLO.

- 2002 -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZO a la Direccion General de Bibliotecas de UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo "recursos"

NOMBRE: Gabriel Gaspar Ramirez

FECHA: 18 noviembre 2007

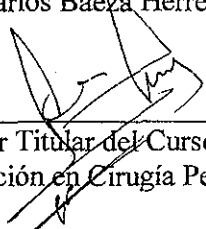
FIRMA: _____

"MANEJO ACTUAL DE LAS FÍSTULAS ENTERO-CUTÁNEAS"

Autor: Dr. Gabriel Gaspar Ramirez

Vo. Bo.

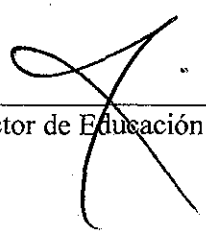
Dr. Carlos Baeza Herrera




Profesor Titular del Curso de
Especialización en Cirugía Pediátrica

Vo. Bo.

Dr. Roberto Sánchez Ramírez

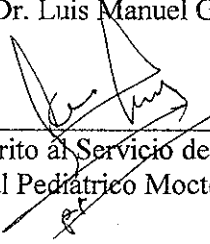


Director de Educación e Investigación


DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Vo. Bo.

Director de Tesis: Dr. Luis Manuel García Cabello



Médico Adscrito al Servicio de Cirugía
Del Hospital Pediátrico Moctezuma

AGRADECIMIENTOS

Con infinito amor a:

Mis padres porque hoy y siempre dieron por mí, no solo lo mejor de ellos, sino todo; su tiempo, su amor, dedicación, desvelos, lagrimas, angustias, todo el esfuerzo que ha de realizarse para sortear los obstáculos que implica guiar a un hijo por el camino correcto y que ustedes, sin esperar algo a cambio, han sabido superar con éxito. Es por eso que hoy me permito expresarles el gran honor y la bendición que para mí significa haber tenido unos padres como ustedes que hicieron de mí el Cirujano que hoy soy, gracias a ustedes y a Dios.

Mi esposa, amor, bendito consuelo a mis momentos de pesar, incondicional apoyo ante la adversidad, sabia sensatez, paciente mirada y comprensión a mis enfados. Sin ti, difícilmente habría logrado este sueño, que antes de que tu llegaras aparecía en mi mente como algo irrealizable.

Grisel y Maciel Kosova, mis dos hijas; muestra tangible de que Dios ha sido bueno conmigo. Son ustedes: con el latir de sus corazones, la grandeza de sus pequeñas manecitas, la constante sonrisa en sus caritas, lo apacible de sus sueños y la alegría de sus interminables juegos infantiles; la fuerza necesaria para alcanzar mis objetivos, a ustedes que han llenado de gozo y alegría el difícil camino de la vida, GRACIAS.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Material y métodos	4
Resultados	6
Discusión	9
Bibliografía	10
Anexos	11

RESUMEN

Introducción. Las fístulas entero-cutáneas, consecuencia de una laparotomía conllevan elevada morbilidad y mortalidad de entre 15 y 20%. El objetivo de este estudio es mostrar al manejo conservador como la mejor opción de tratamiento.

Material y métodos. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes que presentaron fístula entero-cutánea posterior a una laparotomía, durante los últimos 5 años en el Hospital Pediátrico Moctezuma, encontrando 21 casos, analizando: sexo, edad, patología motivante de la laparotomía, tipo de fístula y manejo.

Resultados. En 21 pacientes a 18 se les manejó conservadoramente y uno murió, en 3 se requirió intervención quirúrgica y dos murieron.

Conclusiones. Actualmente, para su resolución los autores recomiendan manejo quirúrgico si después de 4 semanas de manejo conservador no hay resultados positivos, en este trabajo el tiempo de manejo fue de 4 a 10 semanas con efectividad de 95%, por tanto se sugiere que el manejo conservador puede ser efectivo en la mayoría de los casos.

Palabras clave: Fístula entero-cutánea, tratamiento, morbilidad y mortalidad.

INTRODUCCIÓN

Por definición una fístula es la comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas, en este caso entre la mucosa intestinal y la piel. Las fistulas entero-cutáneas que se observan después de una laparotomía, son hoy en día un problema de muy difícil solución, puesto que conllevan elevada morbilidad y una mortalidad que hace 30 años se refirió de hasta el 65% para niños y adultos, actualmente dicha mortalidad se ha logrado abatir al 8% en algunas series, sin embargo en otras, aún persiste elevada. Está aceptado que hasta en el 85% de los casos la fístula resultante es consecuencia de: dehiscencia de anastomosis intestinales o bien de lesiones intestinales inadvertidas durante la disección o el cierre de la pared abdominal, el 15% restante se presentan por isquemia intestinal severa como sucede en los neonatos que sufren de enterocolitis necrosante o en los lactantes que presentan vólvulos intestinal y otras patologías. Existen descritas algunas alternativas de manejo no quirúrgico; como por ejemplo las inmersiones del paciente en agua de mar con la fístula previamente ocluida mediante material biológico y absorbible, con el objeto de favorecer el tránsito intestinal, impedir la salida de contenido intestinal y el contacto de este con la piel. Sin embargo al momento está plenamente descrito en la literatura que lo que da buenos resultados, es un plan de tratamiento sistematizado y bien llevado a cabo por un equipo multidisciplinario, previamente formado por: cirujano, nutriólogo, psicólogo, intensivista e infectólogo.

Puesto que el objetivo del plan, es lograr el cierre de la fistula en el menor tiempo posible y con la mínima repercusión sistémica para el paciente, mediante el adecuado control de las alteraciones que esta patología implica: desequilibrio hidroelectrolítico, infección y abscesos intracavitarios, lesión de la piel adyacente a la fistula y la afectación nutricional concomitante.

Aunque no universalmente aceptado, en la literatura revisada, los autores refieren que si después de cuatro semanas de manejo conservador no hay resultados favorables, está indicada la resolución quirúrgica de la fistula, porque ciertamente, existen indicaciones precisas de intervención quirúrgica, pero no dependen del tiempo de evolución de la fistula, sino de factores que se sabe perpetúan una fistula, como por ejemplo la oclusión intestinal distal a la fistula o la presencia de abscesos intracavitarios. El objetivo de este estudio es mostrar que el manejo conservador representa la mejor opción de tratamiento y que la intervención quirúrgica como alternativa de solución para cerrar una fistula entero-cutánea, actualmente es una opción remota.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mediante un estudio comparativo y retrospectivo se revisaron los expedientes clínicos de 5800 pacientes que, por diversas patologías fueron sometidos a laparotomía, en el periodo comprendido de enero de 1996 a diciembre de 2000, en el Hospital Pediátrico Moctezuma. Se incluyó a 21 pacientes que sufrieron de fístula entero-cutánea posterior a la intervención quirúrgica, Se analizó: edad, sexo, patología motivante de la laparotomía, tiempo de aparición de la fístula, tipo de manejo y evolución final.

Criterios de inclusión.

- a) Fístula a nivel de intestino delgado
- b) Edad de 16 años o menores

Criterios de exclusión

- a) Mayores de 16 años
- b) Fístula entero-cutánea a otro Nivel del tracto digestivo.

Fístula entero-cutánea a otro nivel del tracto digestivo.

Las fístulas entero-cutáneas que se presentan a otro nivel del tracto digestivo tienen una evolución totalmente diferente y requieren de un plan de manejo diferente y no son objeto de estudio en el presente trabajo.

A los 21 pacientes que incluye el estudio se les dividió en dos grupos, de acuerdo al manejo recibido.

Grupo A 18 pacientes tratados con manejo conservador

Grupo B 3 pacientes tratados quirúrgicamente

Manejo conservador. A todos los pacientes, una vez establecida la fístula se les manejó inicialmente con este plan, el cual consiste en: identificar la altura de la fístula (lo cual se logra mediante la medición del tiempo que tarda en aparecer por el sitio de la fístula un colorante vegetal administrado por vía oral), control del desequilibrio hidroelectrolítico, aplicación del esquema antimicrobiano adecuado a cada paciente, detección oportuna de abscesos intracavitarios, mantener el equilibrio nutricional mediante la aplicación de un protocolo de alimentación parenteral total y cuidados de la piel adyacente a la fístula.

Manejo quirúrgico: Instituido a los 3 pacientes que conformaron el grupo B, una vez que, estando bajo tratamiento conservador descrito se les detectó: absceso intracavitario a uno y oclusión intestinal distal a la fístula por adherencias posquirúrgicas a los otros dos. La resolución quirúrgica consistió en realizar una fistulectomía (resección del segmento intestinal que incluye la fístula) y una entero-entero anastomosis.

RESULTADOS

De los 21 pacientes tratados se encontraron: 9 del sexo femenino y 12 del masculino, en un rango de edad que osciló entre 14 días y 14 años, para ambos sexos. El tiempo de aparición de la fístula fue de entre el quinto y décimo día posquirúrgico, el tiempo de tratamiento conservador para los pacientes del grupo A fue de un lapso de entre 2 y 10 semanas. A los pacientes del grupo B se decidió la resolución quirúrgica durante la segunda semana de manejo conservador a los dos pacientes con absceso intracavitario y durante la cuarta semana al paciente que presentó oclusión intestinal distal a la fístula por adherencias posquirúrgicas.

PATOLOGÍAS QUE MOTIVARON LA LAPAROTOMÍA

PATOLOGÍA	No. CASOS	%
Apendicitis complicada	11	51
Oclusión Int./ Adherencias posquirúrgicas	4	19
Invaginación intestinal	3	15
Otras	3	15
TOTAL	21	100

RESULTADOS DEL GRUPO A

De los 18 pacientes que formaron parte de este grupo, se tuvo éxito en 17 de ellos, es decir en el 80% del total de casos, lográndose el cierre de la fístula en un promedio de 6 semanas.

Un paciente murió a las 5 semanas de evolución por: choque séptico, coagulación intravascular diseminada, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, secundaria a sepsis por *Klebsiella pneumoniae*.

RESULTADOS DEL GRUPO B

En cuanto a los 3 pacientes que formaron parte de este grupo, se tuvo éxito solamente en uno de ellos, es decir en el 33% de los pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico, lo cual representa únicamente el 5% del total de pacientes, dos pacientes murieron después de una mala evolución postoperatoria caracterizado por deterioro progresivo y sistémico que finalmente les llevo a la muerte, de manera tal que; de tres pacientes que murieron dos de ellos habían requerido manejo quirúrgico.

MORTALIDAD

En términos globales la mortalidad que conlleva esta complicación de acuerdo a los resultados de este estudio, es del 15%.

DISCUSIÓN

La vigencia de esta complicación como uno de los problemas de más difícil solución en la práctica quirúrgica contemporánea es indiscutible; si bien la incidencia encontrada en el presente estudio es baja (3.6 fístulas por cada 1000 laparotomías) la mortalidad que conlleva continúa elevada.

Por otro lado, este estudio nos muestra de manera clara que el tratamiento conservador constituye la primera opción de manejo, la efectividad obtenida (80%) en los pacientes del grupo A, así lo demuestra, sin embargo el problema estriba en el tiempo de manejo, ya que algunos autores refieren que después de 4 semanas de manejo conservador sin respuesta favorable, está indicada la intervención quirúrgica. Actualmente tal afirmación es controversial, puesto que en este estudio hemos encontrado que el tiempo mínimo para que una fístula entero-cutánea cierre en ningún caso fue menor a 2 semanas, con un promedio de 6 semanas y un periodo máximo de hasta 10 semanas; Esto último solamente sucedió en dos pacientes, lógicamente que periodos tan largos de manejo incrementan la estancia hospitalaria, y con esto: los costos para la institución y las posibilidades para el paciente de adquirir otras complicaciones inherentes a la estancia hospitalaria.

Cabe mencionar que la decisión de intervenir quirúrgicamente a determinado paciente no depende de manera exclusiva del tiempo de evolución, sino de factores que sabemos, constituyen una indicación precisa de intervención quirúrgica programada de manera formal: absceso intracavitario, oclusión intestinal distal a la fístula y una fístula de tan elevado gasto, que a pesar del manejo farmacológico e hidroelectrolítico no sea posible controlar.

Con todas las implicaciones de lo anteriormente expuesto nosotros creemos que todo esfuerzo institucional y del equipo médico tratante mediante el adecuado uso del arsenal farmacológico disponible en la actualidad, vale la pena si finalmente la fístula entero-cutánea cierra y se le evita al paciente una intervención quirúrgica cruenta y mutilante, que de manera obligada implica una intervención quirúrgica bajo esas circunstancias.

Por tanto, nosotros creemos que el tratamiento conservador puede ser efectivo en la gran mayoría de los casos y debe ser la primera opción de manejo, dejando a la resolución quirúrgica como una alternativa remota.

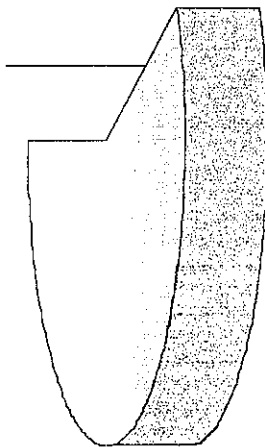
BIBLIOGRAFÍA

1. Kuvshinoff BW, Brodish RV, McFadden DW, Fischer VE: "Serum transferring a indicator of spontaneous closure and mortality in gastrointestinal cutaneous fistulas". *Ann Surg* 1993; 217(6) 615-22
2. Fekete CN, Ricour C, Duhamel, et al: "Enterocutaneous fistulaes of small bowel in children" (25 cases) *J Pediatr Surg* 1978;13(1) 1-4
3. Ricour C, Fekete N, Duhamel JF, Leocoultre C: "Enterocutaneous fistulas of the small intestine in children: Therapeutic approach, study of 22 cases " *Arch Fr Pediatr* 1978; 35(5): 471-6
4. Geerdesen JP, Vilhem M, Pedersen et al: "Small bowel fistulas treated with Somatostatin: Preliminary results". *Surgery* 1986; 100(5) 811-13.
5. Scott M, Berry M, Josef E, Fischer et al: "Small bowel fistulas classification, Pathophysiology and management" *Sur Clin North Am* 1996;76(5) 1117-81
6. Makhdoom ZA, Komar MV, Still CD. "Nutrition and enterocutaneous fistulas" *J Clin Gastroenterol* 2000; 31(3) 195-204
7. Falconi M, Sartori N, Caldiron F, et al: "Management of digestive trac fistula A review" *Digestion* 1999;60 SUPPL 3:51-8
8. Dorta G, et al: "Role of octreotide and somatostatin in the treatment of Intestinal fistulas" *Digestion* 1999; SUPPL 2:53-6
9. Wallace AM, Newman K. " Successful closure of intestinal fistulae in an Infant using somatostatin analogue SMS" *J Pediatr Surg* 1991;26(9)97-100

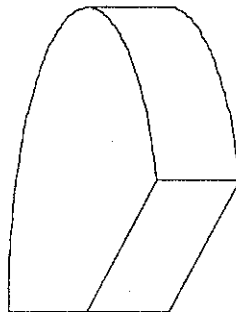
DISTRIBUCIÓN POR SEXO

=

9/43%



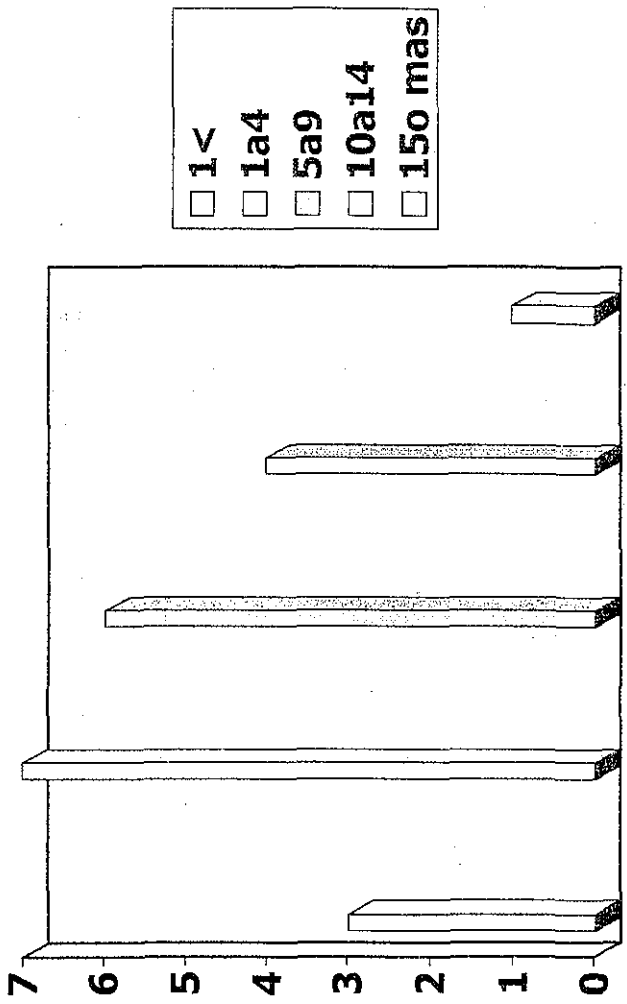
12/57%



<input type="checkbox"/>	FEME
<input type="checkbox"/>	MASC

El grupo de edad más frecuentemente afectado son los menores de cinco años

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD



Evolución final en ambos grupos, la efectividad del tratamiento en cada grupo y el fracaso respectivo representado por los pacientes que no sobrevivieron.

MANEJO Y EVOLUCIÓN

