

FÍSTULAS EXTERNAS DEL TUBO DIGESTIVO

Clasificación, Diagnóstico y tratamiento.

Dr. Ignacio Morales Díaz (1)

Dr. Rafael Pinilla González (2)

1. Clasificación.

1.1. Según su topografía:

- 1.1.1. Esófago
- 1.1.2. Estómago
- 1.1.3. Duodeno
- 1.1.4. Intestino Delgado
- 1.1.5. Intestino Grueso
- 1.1.6. Mixtas

1.2. Según su número:

- 1.2.1. Únicas
- 1.2.2. Múltiples

1.3. Según su origen

1.3.1. Congénitas

- 1.3.1.1. Asociadas a anomalías Ano rectales
- 1.3.1.2. Fístulas del conducto Onfalomesentérico

1.3.2. Adquiridas

- 1.3.2.1. Postoperatorias
- 1.3.2.2. Traumáticas
- 1.3.2.3. Terapéuticas: Esofagostomía, gastrostomía, ileostomía, cecostomía, colostomía.
- 1.3.2.4. Secundarias:
 - a. A radiaciones ionizantes
 - b. A inflamaciones del tubo digestivo
 - c. A enteritis regional
 - d. A colitis ulcerativa idiopática
 - e. A diverticulitis

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de Cirugía (Consultante),
Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán, I.S.C.M.-H. Especialista de
Segundo Grado en Cirugía General, Hospital C. Q. Docente Joaquín Albarrán.
Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán,
I.S.C.M.-H. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General, Hospital C.
Q. Docente Joaquín Albarrán

- 1.4. Según su gasto:
 - 1.4.1. De alto gasto: Más de 500 ml en 24 horas. Fístulas proximales, requieren mayor precocidad en la intervención quirúrgica.
 - 1.4.2. De bajo gasto: Menos de 500 ml en 24 horas. Generalmente de Ileon distal o Colon y requieren menos de la intervención quirúrgica para su cierre.
- 1.5. Según la parte del órgano que comunica con el exterior:
 - 1.5.1. Laterales
 - 1.5.2 Terminales

2. Diagnóstico:

2.1 Síntomas y signos.

- 2.1.1 Secreción: El tipo de secreción, su olor sui generis y su aspecto precisarán, no solo el diagnóstico en sentido genérico, sino además el topográfico aproximado. Las fístulas de intestino delgado tienen un olor distinto al de las heces fecales de las fístulas bajas. El aspecto bilioso y el carácter líquido sugieren el diagnóstico de fístula intestinal alta.
- 2.1.2. Pérdida de líquidos: Las fístulas proximales suelen asociarse a grandes pérdidas de agua y electrolitos.
- 2.1.3. Déficit nutritivo: Por privación de proteínas y calorías.
- 2.1.4. Alteraciones cutáneas: Por maceración o digestión de la piel. Generalmente las fístulas gastrointestinales altas producen erosión de la piel, mientras que las bajas provocan menos irritación.
- 2.1.5. Infección:
 - a. La infección peritoneal es mínima en las fístulas aisladas de la cavidad peritoneal.
 - b. Colecciones localizadas
 - c. Peritonitis generalizada.

2.2. Exámenes de diagnóstico para identificar nivel de la fístula, presencia o no de obstrucción distal o cuerpo extraño y excluir colecciones intra peritoneales:

- 2.2.1. Ingestión de sustancias colorantes como el azul de metileno y su posterior eliminación por la fístula; en las bajas puede usarse en enema con igual fin.
- 2.2.2. Examen del material excretado por la fístula, comprobando los elementos propios de la secreción intestinal y los productos intermedios o finales de la elaboración digestiva.
- 2.2.3. Examen radiológico que comprobará la fístula y la permeabilidad distal del tracto digestivo:
 - 2.2.3.1. La fistulografía
 - 2.2.3.2. Radiografías del esófago, estómago, duodeno y tránsito intestinal
 - 2.2.3.3. Radiografía del colon por enema
 - 2.2.3.4. Ultrasonografía y TAC: Definen y localizan colecciones intra

peritoneales asociadas.

3. Tratamiento.

- 3.1. El tratamiento de la mayoría de las fístulas intestinales externas consiste en drenaje externo adecuado, protección de la piel y tratamiento energético de sostén.
 - 3.1.1. Valoración preliminar: El pronóstico depende de la duración previa de la fístula, localización, volumen de las pérdidas, grado y extensión de la contaminación peritoneal y la edad y estado nutricional del paciente; Es necesario e imprescindible vigilar y reevaluar continuamente la evolución y estar preparado para modificarla.
 - 3.1.2. Reposición de líquidos y electrolitos. Ver el presente manual.
 - 3.1.3. Alimentación: El catabolismo hístico debe reducirse al mínimo, aspecto crucial en la supervivencia de estos pacientes.
 - 3.1.3.1 Alimentación parenteral total si es necesaria. (Ver el presente manual).
 - 3.1.3.2. Vía oral: Cuando la pérdida a partir de una fístula del intestino delgado no se eleve significativamente al administrar alimentos por vía oral, puede ensayarse una dieta elemental relativamente alta en calorías y proteínas. Puede contribuir al cierre la ingestión de líquidos astringentes y dietas con residuos, aunque la alimentación oral con dieta baja en residuos no retardará de manera significativa la velocidad de cierre de la fístula.
 - 3.1.3.3. Vía yeyunal: En las fístulas gástricas es posible utilizar alimentación por sonda yeyunal.
La yeyunostomía de alimentación es útil en las fístulas proximales una vez que ha desaparecido la peritonitis y el ílio asociado
 - 3.1.3.4. Alimentación mixta entero- parenteral.
 - 3.1.4. Protección de la piel. Comenzar inmediatamente a la sospecha de una fístula externa del tracto digestivo:
 - 3.1.4.1 Recogida, cuantificación y protección de la piel utilizando bolsas de iliostomía sobre el orificio fistuloso.
 - 3.1.4.2. Aspiración continua cuando exista enrojecimiento o erosión de la piel protegiéndola con óxido de zinc, pasta de aluminio, o un adhesivo pulverizado, entre otros.
 - 3.1.5. Tratamiento de la infección: El factor mas importante a tener en cuenta es el drenaje externo óptimo y en algunos casos el drenaje de colecciones residuales intraperitoneales a distintos niveles.
 - 3.1.5.1 Uso de los antibióticos adecuados por la vía y dosis adecuadas. (Ver el presente manual).
 - 3.1.6. En las fístulas del intestino delgado rebeldes al tratamiento médico, puede ser útil la administración de inyecciones de Somatostatina o de su análogo sintético (Octeotride).

3.2. Tratamiento quirúrgico.

3.2.1 Indicaciones:

- a. Cuando el tratamiento conservador fuera inadecuado al cabo de 4-6 semanas.
El cierre inadecuado de una fístula puede deberse a sepsis, obstrucción distal, cáncer, enfermedad granulomatosa, cuerpos extraños o epitelización del trayecto fistuloso de drenaje, que requieren en cada caso particular una táctica quirúrgica diferente.
- b. En pacientes con fístulas amplias y múltiples, tan pronto las condiciones del enfermo lo permitan.
- c. En fístulas únicas y pequeñas, cuando no hay mejoría local al cabo de 4 a 6 semanas.
- d. Cuando existen cavidades donde se acumula el líquido drenado.

3.2.2. Excepto en el post operatorio inmediato, cuando las dehiscencias intestinales pueden corregirse, la operación definitiva no debe intentarse hasta transcurridas 4-6 semanas de establecida la fístula.

3.2.3. En ausencia de infección, la intervención quirúrgica puede acortar el periodo evolutivo de la afección, mientras que las anastomosis realizadas en presencia de infección van seguidas de un alto porcentaje de dehiscencias.

3.2.4. Detalles de técnica quirúrgica:

- a. En general la técnica consiste en la exéresis del o de los trayectos fistulosos y del segmento afectado del tracto digestivo, eliminación del obstáculo distal, si existe y restablecimiento de la continuidad del tubo digestivo.
- b. Particularidades según el segmento afecto:
 - Esófago: Fistulectomía y sutura transversal, en dos planos, a puntos separados, para evitar la estenosis.
 - Estomago: Por necrosis del remanente gástrico o por dehiscencia de sutura gastroduodenal o gastroyeyunal. (Ver el presente manual).
 - Duodeno:
 - Terminales. Ver el presente manual.
 - Laterales: Yeyunostomía de alimentación y drenaje.
 - También puede realizarse triple ostomía o exclusión pilórica y gastro-yeyunostomía.
 - Intestino delgado: Resección de los segmentos intestinales afectados y anastomosis término-terminal. En ocasiones es útil la derivación por entero-entero anastomosis látero-lateral o sección del intestino proximal a la fístula con cierre del muñón distal y anastomosis término-lateral distal a la fístula, cuando se origina en una masa inflamatoria o en asas muy inflamadas, para una futura restauración de la continuidad total del intestino.
En fístulas de ileon puede ser necesaria la ileotransversotomía con o sin resección de la zona fistulizada.
 - Colon: Debe hacerse su preparación previa, siempre que sea posible. (Ver el presente manual).
Una vez preparado, realizar exéresis de la zona fistulosa y

anastomosis término-terminal del colon, con dilatación anal para proteger la sutura.

Si no fuera posible la preparación, debe hacerse colostomía proximal y drenaje de la zona fistulosa, exteriorización de la zona fistulosa, en forma de colostomía lateral, o resección de la fístula, colostomía terminal y cierre del colon distal (Hartmann).