



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2024,
Volumen 8, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5

CONDON DE RIVERA COMO TRATAMIENTO DE FISTULAS EN PACIENTES CON ABDOMEN HOSTIL. SERIE DE CASOS

**RIVERA CONDOM AS TREATMENT OF FISTULAS IN
PATIENTS WITH HOSTILE ABDOMEN. CASE SERIES**

Espinosa Herrera AV
HRAE Dr Juan Graham Casasús

Vidal-Jasso R
HRAE Dr Juan Graham Casasús

Vázquez-Hernández RA
HRAE Dr Juan Graham Casasús

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rm.v8i5.14518

Condon de Rivera como Tratamiento de Fistulas en Pacientes con Abdomen Hostil. Serie de Casos

Espinosa Herrera AV¹espinosa2696@gmail.com<https://orcid.org/0009-0004-1195-4026>

Residente 4º año cirugía general

HRAE Dr. Juan Graham Casasús

México

Vidal-Jasso Rraulvidaljasso93@gmail.com

Residente 3º año cirugía general

HRAE Dr Juan Graham Casasús

México

Vázquez-Hernández RA.RicardVH@yahoo.com.mx

Médico Adscrito cirugía general

HRAE Dr. Juan Graham Casasús

México

RESUMEN

EL abdomen hostil es la pérdida de la anatomía secundaria al proceso inflamatorio severo entre los órganos contenidos en la cavidad, esta patología se presenta como el resultado de múltiples intervenciones quirúrgicas y en consecuencia la formación de fístulas enterocutáneas y/o enteroatmosféricas, las cuales son complicaciones severas. Dichas complicaciones presentan un reto para su tratamiento debido a la complejidad y el requerimiento en el tratamiento que generalmente es multidisciplinario, el cual es necesario con la finalidad de disminuir la morbimortalidad que se presenta a lo largo de la evolución de los pacientes afectados. El diagnóstico y tratamiento oportuno, son indispensables, siendo el control del gasto, así como control de la contaminación abdominal son las medidas que mayormente benefician el pronóstico y evolución del paciente, con el objetivo de prevenir la sepsis y en consecuencia la falla orgánica asociada. Inicialmente se indica tratamiento médico por un periodo de 4-6 semanas donde suelen presentar cierre espontáneo, sin embargo, al no lograrse se opta por medidas quirúrgicas para su resolución.

Palabras clave: fístula del aparato digestivo, abdomen hostil, insuficiencia orgánica

¹ Autor principal

Correspondencia: espinosa2696@gmail.com

Rivera Condom as Treatment of Fistulas in Patients with Hostile Abdomen.

Case Series

ABSTRACT

The hostile abdomen is the loss in the anatomy secondary to the inflammatory process between the abdominal organs, it is a pathology which is developed as a result of multiple surgical procedures and as a severe complication the enterocutaneous and/or enteroatmospheric fistulas. These complications often represent a great complexity to the multidisciplinary treatment, which is necessary to diminish the morbidity and mortality that exists during its evolution. Diagnosis and timely management on the fistula output and control of the abdominal contamination are the most important measures in the patients that present intestinal fistula, mainly in the possible progression of the septic event and multiple organ failure associated. Initially, non-operative management is offered, however, when spontaneous closure was unsuccessful after 4-6 weeks, it is an indication to offer surgical treatment.

Key words: digestive system fistula, hostile abdomen, organ failure

Artículo recibido 25 octubre 2024

Aceptado para publicación: 12 noviembre 2024



INTRODUCCION

Abdomen hostil es la pérdida en la anatomía secundario al proceso inflamatorio entre los órganos abdominales, estos procesos adherenciales densos, severos y firmes conllevan a una pérdida de los espacios de disección en cavidad abdominal impidiendo así la disección abdominal y aumento del riesgo de disrupción de tejido.

En estas condiciones se observa gran prevalencia de sepsis abdominal, fistulas entero- cutáneas, fistulas enteroatmosféricas, estomas complicados, asociados al aumento de estancia hospitalaria, recursos intrahospitalarios y morbi-mortalidad.

Las fistulas enteroatmosféricas involucra una comunicación mediante el tracto gastrointestinal hacia la piel o atmósfera, gran parte de ella son asociadas a perforaciones intestinales, resecciones intestinales, reintervenciones quirúrgicas, fistulas anastomóticas y traumatismos abdominales manejados por etapas o por abdomen abierto.

La triada clásica de las fístulas enterocutáneas en cuanto a sus complicaciones incluye, sepsis, alteración electrolítica y desnutrición, de las cuales la sepsis y desnutrición son las principales asociadas a mortalidad.

La importancia en el control de estas fistulas se debe a la alta tasa de mortalidad en estos pacientes, la cual varía del 6 al 30%; el factor más letal es representado por el gasto de la misma. Otro punto importante es el sitio de drenaje de la fistula ya sea exterior o hacia cavidad abdominal.

El diagnóstico y manejo oportuno en el control del gasto y la contaminación abdominal son las medidas de mayor importancia en el manejo del paciente con fistulas intestinales; principalmente a la posible progresión del evento séptico y falla orgánica múltiple (3).

El gold standard en el tratamiento de los pacientes con fistulas enteroatmosféricas y/o enterocutáneas, consiste en lograr estabilizar metabólicamente al paciente idealmente dentro de 24-48 horas, mediante reposición hidroelectrolítica, control del gasto con prevención en la formación de abscesos abdominales o infección de herida.

La siguiente fase en el manejo, consiste en identificar y definir los sitios fistulizados, mediante fistulografía y tomografía computarizada, además de estudios endoscópicos de ser requerido.

Ante la presencia de colecciones intraabdominales, el tratamiento inicial sugerido es mediante drenaje percutáneo de ser posible.

Como se menciona anteriormente se el principal determinante del pronóstico del paciente se estima mediante el débito de la fístula. Un gasto menos a 200ml/día, siendo de bajo gasto, 200-500ml/día, gasto intermedio y mayor de 500ml/día, gasto alto.

Existe evidencia de que a menor débito, mayor será la posibilidad de cierre espontaneo de la fístula con manejo médico.

Inicialmente se ofrece manejo no operatorio, sin embargo, al otorgarse sin éxito en el cierre espontáneo a las 4-6 semanas, es indicación de ofrecer tratamiento quirúrgico.

El siguiente trabajo tiene como objetivo describir 5 casos de abdomen hostil con presencia de fistula y su control empleando el condón de Rivera con posterior clasificación de acuerdo a la escala de Bjorck, la actualmente aceptada para los pacientes con abdomen hostil.

Tabla 1. Características de pacientes con abdomen hostil y presencia de fístula.

Paciente	Edad	Género	Comorbilidades	Patología inicial	Sitio de fístula	Gasto de fístula	Clasificación inicial Bjorck	Clasificación Final Bjorck
Paciente 1	42	Femenino	Diabetes Mellitus	Dehiscencia de anastomosis	Yeyuno y sigmoides	Alto	3B	3A
Paciente 2	65	Masculino	Diabetes Mellitus	Disrupción duodenal	Duodeno	Alto	3B	3A
Paciente 3	46	Femenino	Obesidad	Perforación de sigmoides	Sigmoides	Bajo	3B	3A
Paciente 4	31	Femenino	Diabetes Mellitus	Dehiscencia de anastomosis	Ileon Terminal	Alto	3A	3A
Paciente 5	40	Femenino	Obesidad	Dehiscencia de anastomosis	Yeyuno y sigmoides	Alto	3A	4

Casos Clínicos

En la siguiente tabla se presentan las características clínicas y sociodemográficas de pacientes con abdomen hostil y presencia de una o más fistulas, las cuales todas fueron aisladas mediante la colocación de condón de Rivera.

En el uso de esta técnica favoreció sustancialmente el control de la contaminación de cavidad abdominal, cuantificación del gasto de fistula, disminución del proceso infeccioso como fascitis o celulitis.

La primera medida empleada al lograr un control de la contaminación abdominal, consistió en la

administración de dieta enteral, lo cual está demostrado se asocia a disminución de la traslocación bacteriana, mejora del estado nutricional y finalmente potenciar el sistema inmune frente a infecciones, optimizando además el proceso de cicatrización del paciente, pues se encuentra clara evidencia del papel que juega la desnutrición en el paciente crítico y su correlación con la mortalidad del paciente hospitalizado. Los beneficios otorgados al utilizar el condón de Rivera influyeron en la clasificación de acuerdo a la escala de Bjorck 2016 donde 3 de los pacientes con grado 3B y el resto grado 3A; logrando evolucionar a 4 de los pacientes a un grado 3A y un paciente grado 4, lo que se traduce a disminución de la tasa de morbilidad de acuerdo al grado de complejidad de la misma.

Caso de paciente y su evolución a lo largo de 5 semanas.

Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3



Caso de paciente con obesidad mórbida y su evolución a lo largo de 12 semanas, se empleó sistema de terapia negativa una vez aislada la fístula.

Imagen 3



Imagen 4



Imagen 5



La mortalidad se presentó en uno de los pacientes, el cual evolucionó a clasificación 4 de Bjorck, con

fallecimiento a las 14 semanas de estancia intrahospitalaria.

Los 4 pacientes actualmente vivos, estuvieron en promedio 10.4 semanas de estancia hospitalaria con manejo ambulatorio mediante la colocación de condón de Rivera.

DISCUSIÓN

Las fistula enterocutáneas y/o enteroatmosféricas son una complicación frecuentemente asociada a intervenciones quirúrgicas previas o en su defecto, múltiples intervenciones, dichas complicaciones generan alta morbilidad al paciente que las presenta, así como estancias intrahospitalarias prolongadas con múltiples infecciones asociada a cuidados de la salud y generando altos costos para el sistema de salud.

Con los resultados obtenidos en nuestra serie de casos se ha mostrado mejoría al utilizar condón en las fistulas intestinas disminuyendo la dermatitis química secundario a la fuga intestinal, así mismo el empleo de nutrición parenteral prolongada, y favoreciendo el reinicio de la dieta enteral.

Estos beneficios demostrados en estudios anteriores concluyen que el uso de condón permite el inicio de la nutrición enteral disminuyendo la desnutrición en el paciente fistulizado y por consiguiente favorece la tasa de supervivencia hasta en un 70%

CONCLUSIÓN

El uso de esta técnica ha permitido lograr el control de fugas intestinales de una manera eficaz y sencilla, favoreciendo el inicio temprano de nutrición enteral misma que mejora la supervivencia disminuyendo costos hospitalarios y complicaciones propias del paciente. Logrando egresos hospitalarios en promedio a 6 semanas comparado con estudios que han reportado estancias de hasta 6 meses, lo cual repercute en costos tanto en medio público como privado.

El abdomen hostil como presentación de fistulas intestinales establecidas, representa un complejo reto para el cirujano, puesto que las múltiples complicaciones asociadas a los gastos no controlados o en su defecto, gastos altos. La desnutrición resulta en gran parte de los pacientes con fistulas intestinales, lo cual predispone al paciente a una alta posibilidad de infecciones asociadas a cuidados de la salud, incluso mortalidad presente en el 42% de los casos de pacientes con desnutrición.

Las fistulas responden en gran porcentaje a tratamiento no operatorio, por lo que se sugiere, de ser posible, indicar el tratamiento basado en soporte nutricional, reposición hidroelectrolítica, así como control del gasto fistuloso, establecido actualmente como los tres pilares en el manejo inicial del paciente con fistulas intestinales.

El método descrito en esta serie de casos, empleado para el control del gasto de fistulas intestinales, se encuentra reportado en la literatura, el cual consta de la colocación de una férula de látex con fijación mediante sutura no absorbible, el cual es fácilmente reproducible para el Cirujano y si empleo en el paciente que le requiera.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guía de Práctica Clínica, Abdomen Hostil. ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA GENERAL A.C. MÉXICO 2014
2. Rivera Pérez, M. Á., Quezada González, B. K., Quiñónez Espinoza, M., & Almada Valenzuela, R. (2017). Manejo de estomas complicados y/o abdomen hostil con la técnica de condón de Rivera. Diez años de experiencia. *Cirujano general*, 39(2), 82-92.
3. Muñoz-Ruiz, Edwin Oveimar, Bravo-Flórez, Natalia María, Herrera-Chaparro, Jorge Augusto, & Vallejo-Vallecilla, Guillermo. (2022). Nueva técnica para control de contaminación de fístulas enteroatmosféricas en abdomen abierto Björck 4. Método de Capilaridad (MECA). *Revista Colombiana de Cirugía*, 37 (1), 90-95. Publicación electrónica del 18 de marzo de 2022. <https://doi.org/10.30944/20117582.93>
4. Muñoz-Cruzado, V. M. D., Tallón-Aguilar, L., González, J. T., Arteaga, A. S., López, M. T., Ciuró, F. P., & Padillo-Ruiz, J. (2019). Actualización sobre el manejo de la fístula enterocutánea y fístula enteroatmosférica. *Cirugía Andaluza*, 30(1), 40-47.
5. Caballero Arévalo, AM, Daza Caballero, M., & Lara Pérez, CA (2018). Abdomen hostil: complicación quirúrgica ulterior a 9 intervenciones. *Revista Científica Ciencia Médica*, 21 (1), 107-112.
6. Guia De Practica Clinica De Abdomen Hostil. (2014). Asociacion Mexicana De Cirugia General A.C.



7. Rivera Pérez, M. Á., Quezada González, B. K., Quiñónez Espinoza, M., & Almada Valenzuela, R. R. (2017). Manejo de estomas complicados y/o abdomen hostil con la técnica de condón de Rivera. Diez años de experiencia. *Cirujano General*, 39(2), 82–92. doi:10.35366/76268
8. Durán Muñoz-Cruzado, V., Tallón Aguilar, L., Tinoco González, J., Sánchez Arteaga, A., Tamayo López, M., Pareja Ciuró, F., & Padillo Ruiz, J. (2019). Update on the management of enterocutaneous fistula and enteroatmospheric fistula. *Cirugía Andaluza*, 30(1), 40–47. doi:10.37351/2019301.
9. Leppäniemi, A. (2020). Open abdomen for the management of catastrophic abdomen: Evidence and controversies. *Cirugía Española (English Edition)*. doi:10.1016/j.cireng.2020.09.012
10. Manejo Multidisciplinario del Abdomen Catastrófico en la Unidad de Falla Intestinal. (2018). *Revista de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú*, 15(1)
11. Goldfarb, M. A., Protyniak, B., & Schultheis, M. (2014). Hostile Abdomen Index Risk Stratification and Laparoscopic Complications. *JSLs : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 18(1), 14–19. doi:10.4293/108680813x13693422518993
12. Latifi, R., Joseph, B., Kulvatunyou, N., Wynne, J. L., O’Keeffe, T., Tang, A., ... Rhee, P. M. (2011). Enterocutaneous Fistulas and a Hostile Abdomen: Reoperative Surgical Approaches. *World Journal of Surgery*, 36(3), 516–523. doi:10.1007/s00268-011-1306-1
13. Kabalar, R. B. (2024). Effect of intra-abdominal boric acid in the experimental adhesion model. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 236–241. doi:10.14744/tjtes.2024.77767
14. Tang, Q.-q., Hong, Z.-w., Ren, H.-j., Wu, L., Wang, G.-f., Gu, G.-s., ... Li, J.-s. (2020). Nutritional Management of Patients With Enterocutaneous Fistulas: Practice and Progression. *Frontiers in Nutrition*, 7. doi:10.3389/fnut.2020.564379
15. Bracho Branchet, E. (2016). Utilidad de la ferulización intestinal (FI) en abdomen hostil secundario a bridas postoperatorias en pacientes. *Gaceta Médica de México*, 152(2), 47–56.
16. Dux, J., Katz, E., Adileh, M., Segev, L., & Hazzan, D. (2021). Restoring Intestinal Continuity in a Hostile Abdomen: The Deloyers Procedure. *JSLs : Journal of the Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons*, 25(2), Artículo e2021.00004. doi:10.4293/jsls.2021.00004



17. GonzAlez-Villegas, M., Villegas-Coronado, L., Eduardo Flores-Godinez, J., Fernanda Vega-Robles, M., & Oney Bojorquez-Osuna, K. (2024). A Hostile Abdomen: A Case Report. *Surgery, Gastroenterology and Oncology*, 29(2), 176. doi:10.21614/sgo-676
18. Lundy, M., & Ashburn, J. H. (2022). Management of the Hostile Abdomen. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 35(03), 169–176. doi:10.1055/s-0041-1740043
19. Caballero Arévalo, A. M., Daza Caballero, M., & Lara Pérez, C. A. (2018). Abdomen hostil: complicación quirúrgica ulterior a 9 intervenciones. *Revista Científica Ciencia Medica*, 21(1), 107–112. doi:10.51581/rccm.v21i1.109.
20. Caballero Arévalo, A. M., Daza Caballero, M., & Lara Pérez, C. A. (2018). Abdomen hostil: complicación quirúrgica ulterior a 9 intervenciones. *Revista Científica Ciencia Medica*, 21(1), 107–112. doi:10.51581/rccm.v21i1.109
21. Björck, M., Kirkpatrick, A. W., Cheatham, M., Kaplan, M., Leppäniemi, A., & De Waele, J. J. (2016). Amended Classification of the Open Abdomen. *Scandinavian Journal of Surgery*, 105(1), 5–10. doi:10.1177/1457496916631853
22. RIBEIRO-JUNIOR, M. A. F., YEH, D. D., AUGUSTO, S. d. S., ELIAS, Y. G. B., NÉDER, P. R., COSTA, C. T. K., ... SAVERIO, S. D. (2021b). THE ROLE OF FISTULOCLYSIS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ENTEROATMOSPHERIC FISTULAS. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 34(2). doi:10.1590/0102-672020210002e1605

