

*Fístula gastrocutánea espontánea **

Dres. VLADIMIR GUICHEFF, RAUL VILLAGRAN, JUAN FAVAT

y Br. SERGIO RAMOE **

Creemos de interés la presentación del tema por un doble motivo: uno, la extrema rareza de esta afección, al punto de que no hemos encontrado ningún caso publicado, ni en la literatura nacional ni en la extranjera consultada; el otro, es que para intentar corregir una disfunción metabólica es necesario una estricta y minuciosa vigilancia del clínico, si no puede resultar un acto yatrogénico de tal importancia como es llevar a la muerte al enfermo.

Enferma M. G. de S. N° 306.778, de 67 años que ingresó al Hospital de Clínicas el 25 de marzo. Cuatro días antes del ingreso, nota en la comisura inferior de una cicatriz mediana supraumbilical de la cual era portadora, la aparición de una tumefacción dolorosa, con aumento de temperatura local. Dicha tumefacción fue creciendo rápidamente (hasta llegar a unos 8 cm. de diámetro), hasta que pocas horas antes del ingreso, se abre espontáneamente, dando salida a un líquido amarronado-purulento, en el cual la enferma reconoce leche ingerida pocas horas antes, aliviando inmediatamente su sintomatología dolorosa. Aparece como nuevo elemento: ardor cutáneo, alrededor de la boca de apertura.

De sus antecedentes a destacar, debemos decir que era portadora de una PAC de 10 años de evolución, por la cual era tratada con corticoides y salicilatos. Durante este tratamiento y hace cuatro años, ingresó al Hospital de Clínicas por un cuadro abdominal de úlcera gastroduodenal perforada. Operada se comprobó una lesión ulcerada pre-pilórica y se procedió al cierre simple.

Se le suspendió el tratamiento para su PAC. Pasa subjetivamente bien hasta hace 2 años, en que en algunas oportunidades, presentaba ardores epigástricos,

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B". Prof. C. Pradines.

Asistente Interino de Clínica Quirúrgica, Médicos Auxiliares, Practicante de Medicina.

Presentado el 13 de junio de 1973.

sin ritmo ni periodicidad, pero que calmaban con la ingestión de alimentos.

Al examen actual, nos encontramos con una enferma lúcida anémica, con mal estado general. Su PAC había llevado a ostensibles manifestaciones físicas en sus manos, las cuales eran francamente llamativas. El examen del abdomen nos muestra que en la comisura inferior de la mediana supraumbilical, existe un orificio de unos 4 cms. de diámetro, recubierto de una mucosa con las características de ser gástrica. Por el orificio, sale un líquido filante mucoso, mezclado con otro francamente bilioso. Discreta reacción local de la piel de la región. Decidimos explorar con el dedo índice el orificio y la cavidad a que comunicaba. Dirigido perpendicularmente, nos encontramos con un espolón situado a 1½ cm. de profundidad. Dirigido hacia arriba y adelante palpamos perfectamente, hacia la parte anterior, lo que correspondería a la calle gástrica y hacia atrás lo que sería la parte baja de la gran curvatura. El dedo hacia abajo, nos da la sensación de estar en el antro gástrico, encontrándose a unos 4 cms. el orificio pilórico, francamente permeable al pulpejo del índice explorador. Al tacto las mucosas de las zonas exploradoras, era de carácter normal.

El resto del examen de la enferma salvo sus manifestaciones de su PAC era sin particularidades.

Decidimos efectuar aspiración continua, en el orificio, y colocar dos sondas, una Pezzer hacia la cavidad gástrica y otra Nelaton, franqueando el píloro, para realimentar por esa vía a la enferma. Así mismo instituímos un plan de reposición general.

Los resultados de algunos de los exámenes complementarios de ingreso eran los siguientes: Hematocrito 20%; Hb 30%. En el estudio del líquido que provenía de la Pezzer existían 2 gr. 26% de acidez total con un ph de 1.7. El líquido extraído de la aspiración del orificio cutáneo tenía 0,25 gr.% de acidez total y un ph de 4,2.

Se suspendió la vía oral y se instaló alimentación por medio de la sonda Nelaton, Hiperclórica e hiperprateica, así como transfusiones repetidas.

El primer ionograma luego de 3 días de internación, demostró que la enferma tenía una cloremia de

87 mEq/lt. y una potasemia de 2,9 mEq/lt.; la reserva alcalina y el resto era normal.

Decidimos darle K por la sonda de alimentación, así como por vía i/v en sueros en un total de 3 grs. diarios.

Diez días después de su ingreso se decide la intervención. Este plazo fue prolongado debido a que primero fue necesario compensar la enferma del punto de vista general y en segundo lugar por razones ajenas a nuestra voluntad.

Como examen complementario se pidió el día anterior a la intervención una gasometría en sangre, que se realizó en el CTI. Debemos decir que ese día sus glóbulos rojos eran 4:300.000, la proteinemia era de 7,5 y el K de 4,3. Las condiciones generales de la enferma hablaban de una franca respuesta al tratamiento establecido.

El resultado de la gasometría a la hora 11 fue la siguiente: ph 7,557; pCO₂ 35 mm. de Hg.; exceso de base + 8 mEq/lt., y vino informado como una alcalosis metabólica importante, con grave riesgo quirúrgico si no se efectuaban ciertas medidas previas. Ese mismo centro aconsejó para la corrección metabólica, HCl i/v normal 10, 1 lt. y C1K 10 gr. en las 24 horas, y solicitó una nueva gasometría a la hora 21. Esta última, dio los siguientes resultados: ph 7,40, pCO₂ 40, exceso de bases 0.

Aquí reside la segunda parte de la importancia del tema. Indicamos los 10 gr. de C1K que nos habían aconsejado, los decidimos efectuar en las 24 horas, de tal manera de dar 3 gr. cada 8 horas, ya que la enferma tenía una buena diuresis. Se dejó constancia y bien anotado en las indicaciones de enfermería. El hecho es que el personal auxiliar, en la mañana de la intervención, una hora antes, comprobó que no se había inyectado el C1K en 2 oportunidades el día anterior y considerando que era de importancia la suma total de 10 grs., colocó en 500 cc. de Herixamine (que tiene 1 gr. de K) los 6 grs. restantes que no se habían dado en los horarios anteriores. De este suero pasaron unos 300 cc. en el lapso comprendido entre las 6 horas y las 8 horas en que la enferma, esperando para ser trasladada a sala de operaciones, efectuó un paro cardíaco. Se instalan todos los medios de reanimación a nuestro alcance siendo infructuosos todos los intentos.

A la hora 9, llegó un resultado del K en sangre extraída a la hora 7 siendo el valor de 6,8 mEq/t.

Aquí es donde reside pues el valor de una estrecha vigilancia en un enfermo con una alteración metabólica importante. El error en este caso fue de nuestra parte, al no controlar el manejo de las indicaciones efectuadas por el CTI, personalmente. Error que determinó el fallecimiento de la enferma por una hiperpotasemia.

CONSIDERACIONES GENERALES

1) *Sobre fístulas gastrocutáneas.*—Las fisulizaciones gastrocutáneas constituyen uno de los procesos excepcionales en la evolución de una úlcera gástrica. A. Cade en 1906 habla de perigastritis plásticas o supuradas, como vestigios de una peritonitis generalizada o más comúnmente localizadas, fundamentalmente a punto de partida de una lesión gástrica. Puede por supuesto estar en órganos vecinos, otros factores etiogénicos.

La perigastritis plástica, resultado de organizaciones de exudados fibrinosos, constituye

fuertes adherencias totales o parciales del órgano a elementos regionales. Su etiología en el 50 % son las úlceras de larga evolución, pero también pueden intervenir otras entidades, como ser gastritis agudas, linitis de Brinton, cuerpos extraños, secuelas postoperatorias, etc. Este proceso plástico une al estómago a órganos regionales: páncreas, hígado, vesícula, colon, bazo, diafragma, y excepcionalmente piel; cuando evolucionan a la fistulización, son precedidas de una colección purulenta enquistada.

Las perigastritis supuradas toman origen fundamentalmente en lesiones ulceradas de pequeña curva, aunque su foco puede estar en órganos vecinos. Puede evolucionar hacia arriba (diafragma, pleura, bronquios); hacia abajo, a cavidad abdominal (colon o delgado), hacia atrás, órganos retroperitoneales o hacia piel, esto excepcionalmente, constituyendo las fístulas gástricas, que de acuerdo al órgano interesado, toman sus diferentes nombres.

2) *Sobre alteraciones metabólicas.*—La enferma durante su estadía y tratamiento no presentó manifestaciones clínicas de alteraciones metabólicas.

Se sospechaba que debían existir por la exagerada pérdida del contenido digestivo alto, a través de su fístula. Esta es una de las causas más importantes junto con el uso abusivo de diuréticos mercuriales, de glucocorticoides y el tratamiento con alcalinos, en la producción de alteraciones metabólicas. En este caso traducidas por alcalosis hipoclorémica e hipokalemia. A título de ejemplo: 1 lt. de jugo gástrico contiene 27 mEq como valor promedio, su pérdida continua lleva, pues, a las alteraciones antes mencionadas.

Los valores promedios de gasometría son: pO₂ 96 a 98 mmHg.; pCO₂ 40 mmHg. y ph. 7,35 a 7,40. Como vimos en el primer resultado obtenido, se hallaban francamente alterados, por lo que se pidió su corrección. La hipokalemia de que era portadora la enferma es sólo un elemento más, para demostrar la íntima relación que existe entre esta disonía y la alcalosis metabólica. Por ello el tratamiento que se indicó fue con el fin de corregir estos dos factores alterados.

El exagerado aporte de K en las horas previas a la intervención, fue lo que produjo la muerte de la enferma.

Debemos tener en cuenta que el aumento del K en sangre por encima de 8 mEq/lt. lleva al paro cardíaco en diástole, cifra ésta que debe haber sido sobrepasada con la administración masiva de tal elemento.

RESUMEN

Exponemos un caso que creemos presente un doble interés. Por un lado la presentación de una fístula gastrocutánea espontánea, hecho de extrema rareza. Por otro, la necesidad de una íntima vigilancia del clínico en la corrección de una alteración metabólica, ya que de no realizarla puede llevar a consecuencias fatales en la evolución del enfermo.

RÉSUMÉ

Nous exposons un cas qui, à notre avis, présente un double intérêt. P'une part, la présentation d'une fistule gastro-cutanée spontanée, fait extrêmement rare. D'autre part, le besoin d'une intime surveillance de la part du clinicien, dans la correction d'une altération métabolique, puisque s'il ne la fait pas, cela peut conduire à des conséquences fatales dans l'évolution du malade.

SUMMARY

A case that we think presents a double interest is reported. On one hand, the presentation of a spontaneous gastrocutaneous fistula, an extremely rare case. On the other, the need of the clinic's severe watch, in the correction of any metabolic disturb, the lack of wich could carry fatal consequences to the patient's evolution.
