

COMUNICACIÓN ENTEROCUTÁNEA COMO COMPLICACIÓN DE UNA ENTEROTOMÍA POR CUERPO EXTRAÑO EN UN GATO

Eduard Anadán Camara¹

1) Hospital Veterinari Glàries

INTRODUCCIÓN

Un gato común europeo adulto se presenta con historia de apatía, anorexia y secreción de tipo fecaloide a través de la incisión quirúrgica después de haber sido sometido a una enterotomía por cuerpo extraño en otro centro veterinario. En la laparotomía exploratoria se observa dehiscencia parcial de la enterotomía sin haber signos de peritonitis séptica al verterse el contenido intestinal directamente al tejido subcutáneo y la piel. Esta situación se asemeja a la fístula enterocutánea, entidad poco frecuente en el perro y no descrita previamente en la especie felina.

DESCRIPCIÓN DEL CASO/S CLINICO/S

Se presenta a la consulta un gato común europeo, macho castrado, de siete años de edad, al que cinco días antes se le había practicado una enterotomía por cuerpo extraño intestinal en su veterinario habitual. Recibió el alta a las 24 horas con dieta blanda, meloxicam y enrofloxacin. Durante los días posteriores al alta el paciente seguía apático y se mostraba reticente a comer. A la llegada a nuestro hospital, además de apatía y anorexia, la herida quirúrgica presenta signos de infección.

En la exploración general el gato está deprimido y con una deshidratación del 5%. La palpación abdominal no es dolorosa, condición corporal 7/9 y resto de constantes normales. La incisión abdominal está parcialmente abierta y desprende una secreción muy maloliente de aspecto fecaloide. Todo el tejido subcutáneo de alrededor está inflamado, caliente y doloroso a la palpación.

Se realiza una analítica sanguínea completa. El hemograma muestra un recuento total de leucocitos normales (17,46[5,5-19,5K/mL]) con monocitosis (3,54[0,15-1,7K/mL]), eosinofilia (1,25[0,1-0,79K/mL]) y trombocitopenia (128[175-600K/mL]). En el perfil bioquímico se observa hiperglucemia (243[73-159mg/dL]), uremia (109[16-36mg/dL]), hiperbilirrubinemia (2,3[0,0-0,9mg/dL]) hiponatremia (142[150-165mmol/L]) e hipocloremia (97[112-129mmol/L]).

Ecográficamente, el tejido subcutáneo peri-incisional está reactivo, heterogéneo, con pequeñas colecciones de líquido y gas. No se detecta discontinuidad en la sutura abdominal. La cavidad abdominal es ecográficamente compatible con la normalidad y se descarta la presencia de líquido libre.

En la citología del exudado se ven múltiples bacilos, algunos cocos y escasas células inflamatorias.

Se planifica la resección en bloque de la incisión cutánea y tejido subcutáneo con 2 cm de márgenes por cada lado. La presencia de múltiples trayectos fistulosos que se extienden caudalmente hacia la última mama izquierda obliga a ampliar los márgenes y realizar una mastectomía de la misma. Se toma una muestra de tejido para cultivo microbiológico. Uno de los trayectos fistulosos alcanza la incisión muscular, que presenta mal aspecto y de la que emana gran parte de la secreción. Dicha comunicación conduce a través de una porción de omento hasta el segmento de yeyuno al que se le había practicado la enterotomía, que presenta dehiscencia parcial de la sutura. A través de esta comunicación, el contenido intestinal se vierte directamente al tejido subcutáneo. Se reavivan los bordes de la antigua enterotomía, se cierra usando un patrón horizontal para preservar la luz del intestino, se lava copiosamente y se omentaliza. También se elimina el mesenterio afectado y se hacen lavados de la cavidad abdominal. Por último se cierra el defecto por capas, se coloca un drenaje subcutáneo multifenestrado y una sonda esofágica de alimentación.

Tras el procedimiento quirúrgico el paciente permanece ingresado para control postoperatorio, responde rápidamente al tratamiento y empieza a comer de forma voluntaria. A los tres días de la cirugía la herida tiene buen aspecto, se retira el drenaje subcutáneo y se le da el alta hospitalaria con metronidazol, amoxicilina-clavulámico, meloxicam y tramadol por sonda.

En el cultivo microbiológico se aíslan múltiples colonias de *Enterococcus faecalis*, sensible a amoxicilina-clavulámico. A los diez días de la cirugía el paciente se encuentra totalmente recuperado y se retiran todos los puntos, la medicación y la sonda de alimentación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La dehiscencia de las suturas en cirugía intestinal desencadena generalmente en peritonitis séptica¹. En nuestro caso no fue así debido a que el intestino vaciaba su contenido directamente fuera de la cavidad abdominal. Esta situación se asemeja a lo que se conoce como fístula enterocutánea, que se define como una comunicación anómala entre la luz intestinal y la piel^{1,2,3,4}.

Esta presentación ocurre ocasionalmente en medicina humana como complicación postquirúrgica o secundaria a enfermedad inflamatoria intestinal, isquemia intestinal, neoplasia, trauma, radiación o enfermedad diverticular. En medicina veterinaria está principalmente descrita en grandes animales, como complicación a la aparición y tratamiento de las hernias umbilicales^{1,2,3,4}.

En la clínica de pequeños animales hay muy pocos casos publicados, todos en perros, con las siguientes causas subyacentes: cuerpo extraño gastrointestinal, fractura pélvica, tratamiento quirúrgico de una herida crónica por mordedura y granuloma por gasa intraperitoneal^{1,2,3,4}.

Los casos descritos en perros se caracterizan por presentar trayectos fistulosos bien epitelizados de curso crónico entre el intestino y la piel. En cambio, en nuestro caso, la aparición fue de forma aguda y la comunicación principal era entre el intestino y el tejido subcutáneo.

Las características comunes entre nuestro caso y los casos de fístula enterocutánea en perro son el retraso en la cicatrización de la herida, presencia de secreción de tipo fecaloide e implicación del yeyuno como principal segmento intestinal afectado^{1,2,3,4}.

Hasta donde saben los autores de este resumen, se trata del primer caso descrito de comunicación enterocutánea con implicación de intestino delgado en gatos. A pesar de la reducida incidencia de esta complicación, deben considerarse la fístula o comunicación enterocutánea como diagnósticos diferenciales cuando aparece retraso en la cicatrización de la incisión quirúrgica asociada a signos de infección después de una cirugía intestinal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kortum AJ, Best EJ: Inguinal enterocutaneous fistula in a dog. *J Small Anim Pract* 2016;57:163-166.
2. Byeon YE, Park SS, Choi MC, Kweon OK, Kim WH: Enterocutaneous fistula as a result of chronic bite wound repair in a dog. *J Vet Med Sci* 2008;70(11):1281-1283.
3. Frank JD, Stanley BJ: Enterocutaneous fistula in a dog secondary to an Intraoperative gauze foreign body. *J Am Anim Hosp Assoc* 2009;45:84-88.
4. Wunderlin N, Biel M, Pepler C, Amort K, Kramer M: Enterocutaneous fistula formation in a dog as a result of colonic foreign body perforation. *Tierarztl Prax K* 2012;2:122-128.