

Uso de octreotide en un paciente con fístula duodenal

BETINA PERSANI, LUIS MACAHDO, VIVIANA ROMERO, CAROLINA DAGNINO

Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Zonal "Padre Pedro Tardivo"
Av. Eva Perón S/N - Ciudad de Caleta Olivia
(9011) Provincia de Santa Cruz - Argentina
Correspondencia: Av. Eva Perón S/N - Caleta Olivia
(9011) Provincia de Santa Cruz - Argentina

Resumen

Paciente de sexo femenino de 43 años de edad, con antecedentes de asma severo, que es intervenida quirúrgicamente de urgencia por peritonitis generalizada por úlcera gástrica perforada. Es relaparotomizada a las 48 horas por dehiscencia de la sutura gástrica, practicándose una gastrectomía subtotal, con yeyunostomía para alimentación. Como complicación posquirúrgica presenta fístula enterocutánea duodenal, lateral, que se dirige.

En nuestra paciente, en vista de la localización de la fístula, complicaciones presentadas, y que continuaba con débito moderado al día 20, sumado a los antecedentes respiratorios y su estado general para realizar reintervenciones con el uso de anestesia general, se decide utilizar análogos de la somatostatina, Octreotide, con el fin de reducir la secreción gastrointestinal y débito de la fístula. Presenta buena evolución clínica y quirúrgica, otorgándose el alta hospitalaria a los 35 días de internación.

Introducción

Las **fístulas** enterocutáneas complican entre el 0,8 al 2% de las cirugías abdominales. La mortalidad de las mismas oscila entre el 5 y 21%, pero cuando existen factores desfavorables como el alto débito, la sepsis y la desnutrición puede superar el 90%. Cuando las fístulas aparecen, agravan el compromiso del paciente, generan preocupación para el cirujano y aumentan los costos hospitalarios^{1, 8}.

Con las técnicas actuales de nutrición parenteral y supresión de la secreción digestiva se puede lograr un cierre entre el 40-70% de las fístulas, pero es necesario recurrir a la intervención quirúrgica en el 35% de los pacientes, no siendo estas técnicas siempre efectivas.

Por medio de esta presente nota clínica, se intenta expresar la utilidad del Octreotide, análogo de la somatostatina; presentado el caso de una paciente de 43 años que fue sometida de urgencia a cirugía gastroduodenal, complicando con fístula duodenal.

Caso Clínico

Paciente de sexo femenino de 43 años de edad, con antecedentes personales de sobrepeso, asma severo,

por el cuál requirió varias internaciones en Unidad de Terapia Intensiva (UTI); esquizofrenia tratada con onlanzapina y consumidora habitual de ácido acetil-salicílico de más de 1 gr/día. Ingresa por guardia al Hospital Zonal Caleta Olivia por presentar epigastralgia de cuarenta y ocho horas de evolución en regular estado general, deshidratada, taquipneica, taquicárdica e hipotensa, con palidez cutáneo mucosa. Al examen físico presentaba abdomen distendido, doloroso, sin ruidos hidroaéreos, catarsis negativa, con signos de peritonitis. Laboratorio: Hematocrito 30%, acidosis metabólica con alcalosis respiratoria: pH 7,34 paO₂ 99 mmHg Bicarbonato: 15 mEq/L paCO₂ 28 mmHg. Luego de su estabilización hemodinámica se le realiza intervención quirúrgica con bloqueo regional hallándose úlcera de 2.5 centímetros de diámetro a nivel de curvatura mayor del estómago, realizándose sutura primaria y lavado de cavidad. Ingresa a UTI con diagnóstico de Postoperatorio de peritonitis generalizada por úlcera gástrica perforada. Apache II= 15; TISS 28 = 31. En las primeras horas evoluciona con inestabilidad hemodinámica, cuyo manejo se realiza con vía central, aporte de cristaloides, glóbulos rojos, inotrópicos. Esquema antibiótico: ampicilina + gentamicina + metronidazol.

Al tercer día postoperatorio, se constata débito biliogástrico por herida quirúrgica, sin débito por drenajes abdominales. Se decide relaparotomía exploradora, constatándose dehiscencia de la sutura gástrica. Se le realiza gastrectomía 2/3, gastroenteroanastomosis en omega, sutura del muñón duodenal, con yeyunostomía para alimentación.

Se instaure alimentación parenteral total (bolsas 3 en 1) = 2000 Kcal/día. Se complementa con albúmina endovenosa c/8 hs (Albúmina 2,1 gr/dl). Yeyunostomía a brocal.

Al 4to día del post-operatorio presenta abundante débito bilioentérico por herida quirúrgica.

Se programa estudio y al octavo día postoperatorio, se realiza control radioscópico con medio hidrosoluble de anastomosis gastroyeyunal y de yeyunostomía. No se hallaron filtraciones a nivel de la anastomosis y la yeyunostomía se hallaba permeable. Se sospecha fístula duodenal a partir de duodeno difícil.

Dada su labilidad desde el aspecto respiratorio y la exigencia de reducir el tiempo quirúrgico, se decide reintervenir y dirigir con drenaje la fístula duodenal. Se constata evisceración que se cierra con capiones.

Cursando el decimoquinto día postoperatorio se realiza tomografía computada abdominopelviana por presentar síndrome febril de 48 horas de evolución. No se evidencia extravasación del material de contraste en cavidad abdominal y/o pelviana y se observa imagen hipodensa compatible con líquido, por detrás de la pared abdominal que correlaciona clínicamente con la presencia de una colección en tercio superior de la herida -absceso de la herida- que se drena.

A continuación se instaure alimentación enteral por yeyunostomía.

Se protege la piel con pasta de Karaya en el sitio de salida del débito fistuloso.

Continúa con débito fistuloso moderado 400-500 cc/día. Se decide comenzar tratamiento con análogo de somatostatina (Octreotide) a los veinte días de postoperatorio, con una duración de doce días en total, utilizando dosis 0.1 mg c/8 hs por 72 hs y luego 0.1 mg/día subcutánea.

A las 72 hs se comprueba reducción del 50% y al séptimo día ausencia total de débito bilioentérico por dicha fístula.

Inicia alimentación vía oral con clampeo de yeyunostomía.

Presenta buena evolución y tolerancia oral aceptable, por lo que se decide alta hospitalaria a los treinta y cinco días postoperatorio, con quince días de tratamiento con Octreotide. No presentó reacciones adversas asociadas a este fármaco.

Durante su internación se complicó con sepsis por *Candida albicans* a punto de partida de la vía central,

por lo que recibió tratamiento con fluconazol endovenoso, e infección del tracto urinario que resolvió con quinolonas.

Discusión

Las fístulas duodenales postgastrectomía son una complicación de difícil resolución, dada la cuantiosa secreción biliopancreática a nivel de la Ampolla de Vater en la segunda porción duodenal, lo cual hace que frecuentemente sean de alto débito tanto las laterales como las terminales. Esto trae aparejado una constante pérdida de electrolitos y agua que lleva a la deshidratación y desnutrición por mala absorción intestinal^{1,9}.

Por otro lado, la sepsis es la complicación más común de las fístulas enterocutáneas (25-75% de los casos), además de ser la causa más común de muerte. En presencia de sospecha de sepsis, en particular en un espacio cerrado, se debe realizar TAC y el tratamiento agresivo es indispensable.

Existen factores predisponentes para el desarrollo de fístula: la hipoalbuminemia, la insuficiencia renal y/o hepática, presencia de neoplasias, desnutrición, la edad, la inflamación de la pared del intestino están entre las situaciones que más predisponen a su aparición⁹.

Respecto a las alternativas terapéuticas incluyen:

Tratamiento conservador: durante 4-6 semanas para otorgarle tiempo para su recuperación inmunológica y capacidad de regeneración; tratamiento de la sepsis, mantenimiento del balance hidrosalino, cuidados de la piel, y apoyo nutricional intensivo. En este tiempo también puede emplearse somatostatina y análogos; sistemas de producción de vacío y compactación de las fístulas (SIVACO)^{4,8}.

Las técnicas quirúrgicas propuestas para el cierre de la misma no son siempre efectivas, complicando aún más el estado nutricional y general^{6,7}.

Respecto al uso de Octreotide, existen pocos trabajos publicados, donde se hace referencia a su uso en fístulas duodenales laterales, y sí está más descrito en la prevención de las complicaciones de cirugía pancreática^{3,5}.

La Octreotide es un octapéptido sintético análogo de la somatostatina de origen natural con efectos farmacológicos similares, pero con una duración de acción considerablemente prolongada. Inhibe la secreción exócrina y endócrina pancreática, reduce las secreciones del tracto gastrointestinal, inhibe la secreción del ácido clorhídrico, pepsina y gastrina, inhibe la secreción biliar y a nivel del intestino delgado inhibe la secreción el agua y electrolito, estimula su absorción y provoca enlentecimiento del tránsito

to intestinal². Inhibe la secreción patológicamente aumentada de la hormona de crecimiento y de los péptidos y serotonina producidos dentro del sistema endócrino gastroenteropancreático.

A diferencia de la somatostatina, la octreotide inhibe la secreción de hormonas anabólicas, como la hormona del crecimiento y la insulina. En los pacientes que padecen tumores funcionantes del sistema endocrino gastroenteropancreático modifica varias características, gracias a sus diversos efectos endócrinos (Tumores Carcinoides, VIPomas, Glucagonomas, Gastrónomas/Síndrome Zollinger Ellison, Insulinomas).

En las várices esofágicas, la octreotide asociada a escleroterapia, mejora el control de la hemorragia. Se postula que este análogo reduce el flujo esplácnico de sangre a través de la inhibición de las hormonas vasoactivas.

Para los pacientes sometidos a cirugía pancreática, la administración peri y postoperatorio reduce la incidencia de complicaciones típicas como fístulas pancreáticas, abscesos y sepsis, pancreatitis aguda postoperatoria³.

Sus reacciones adversas más frecuentes son arritmias cardíacas, cefalea, dolores de los miembros de tipo isquémico, diarrea, hipocalcemia, hipo o hiperglucemia⁹.

Cabe acotar que en el caso presentado, se utilizó bajas dosis iniciales de la droga, 0.3 mg/día (dosis utilizada en las cirugías pancreáticas), por disponibilidad de la misma. La buena respuesta obtenida a las 72 hs. hizo que se redujera dosis a 0.1 mg/día, cerrando la

fístula al 7mo día. Una de las razones de esta buena respuesta podría deberse a que el débito fistuloso era moderado. Igual interpretación merece la ausencia de reacciones adversas.

Bibliografía

1. Esteban M. Programa de Actualización en Terapia Intensiva (PROATI). Editorial Panamericana. El paciente con fístulas digestivas. 1997; 169-86.
2. Dorta G. Role of Octreotide and Somatostatin in the Treatment of Intestinal Fistulae. *Digestion* 1999; 60: 53-6.
3. Li-Ling J, Irving M. Somatostatin and octreotide in the prevention of postoperative pancreatic complications and the treatment of enterocutaneous pancreatic fistulas: a systematic review of randomized controlled trials. *British Journal of Surgery* 2001; 88 (2): 190-9.
4. Hernandez-Aranda JC, Gallo-Chico B, Flores-Ramirez LA, Avalos-Huante M et al. Treatment of enterocutaneous fistula with or without octreotide and parenteral nutrition. *Nutr Hosp* 1996; 11 (4): 226-9.
5. Miller BM, Traverso LW, Freeny PC, Abumrad NN. Failure of somatostatin or an analog to promote closure of end pancreatic fistulae. *Int J Pancreatol* 1989; 4 (1): 65-72.
6. Terryn F, Mabrut JY, Olagne E, Gignoux B et al. Gastrojejunocolic fistula, report of two recent cases with original management. *Ann Chir* 2005; 130 (8): 491-4.
7. D'Amata G., Rahili A., et. al., Gastrojejunocolic fistula after gastric surgery for duodenal ulcer: case report. *G Chir* 2006; 27 (10): 360-2.
8. Wainstein D, Gild A, y col. Fístulas Enterocutáneas Postoperatorias de Alto Débito. Manejo y tratamiento mediante Compactación por Vacío. *Rev. Argentina de Cirugía* 2005; 87 (5-6): 227-38.
9. Zandalazini H, Maskin P. Terapia Intensiva 4ta Edición., Editorial Panamericana. En: Fístulas en Terapia Intensiva 2007; 845-9.