CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):955

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-582 - DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA FÍSTULA AORTOENTÉRICA

Romacho López, Laura; Aranda Narváez, José Manuel; Cabrera Serna, Isaac; González Sánchez, Antonio Jesús; Titos García, Alberto; Blanco Elena, Juan Antonio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: Una fístula aortoentérica (FAE) se define como una comunicación anormal entre la aorta y el tracto gastrointestinal. Existen 2 tipos (FAE): aquellas que son consecuencia de la compresión extrínseca de un aneurisma aórtico sobre la pared intestinal (primarias) y las que aparecen por la erosión que genera el material protésico vascular (secundarias). Patología poco frecuente pero que amenaza la vida cuando se instaura. Ilustramos 3 formas diferentes de presentación.

Caso clínico: Paciente hipertenso de 71 años que se interviene de forma programada para reparación de aneurisma aórtico infrarrenal mediante un bypass aortoaórtico con prótesis de dacron de 24 mm. Al mes de la cirugía, acude a las urgencias con cuadro de hematoquecia que se transforma en rectorragia y anemización junto a vómito alimentario. Un TAC lanza la sospecha de una FAE, decidiéndose intervención quirúrgica. Existía un FAE secundaria a tercera porción duodenal. Se realizó una sección duodenal al final de la segunda porción duodenal y otra al inicio de yeyuno. La prótesis fue retirada y se estableció un nuevo bypass axilobifemoral con prótesis de dacron 8 mm. Una anastomosis duodenoyeyunal laterolateral manual bicapa permitió la continuidad del tránsito digestivo. Para valorar el estado del paquete intestinal tras la marcada pérdida sanguínea se decidió colocar un sistema de presión negativa para cierre temporal de la pared abdominal. A las 48h, las asas intestinales eran viables, permitiendo un cierre de la pared abdominal. Paciente mujer de 78 años que tres meses antes había sido sometida a un procedimiento endovascular para reparación de úlcera penetrante en aorta abdominal. Acude a urgencias tras caída por hipotensión marcada. Se realiza angioTAC que describe extravasación del contraste a nivel del anclaje inferior de la prótesis. Mediante técnicas vasculares percutáneas se consiguió el cese del sangrado superponiendo una nueva prótesis. Sin embargo, el hemoperitoneo retenido produjo un síndrome compartimental con un fallo renal secundario y necesidad de laparotomía para evacuación del mismo. Se realizó un cierre temporal abdominal para second look. A las 48h, persistían restos hemáticos antiguos e importante edema intestinal que imposibilitó el cierre de la pared. En el tercer cambio, se evidenció la existencia de una FAE a tercera porción duodenal que requirió la misma cirugía que en el caso anterior. Paciente varón de 61 años con aneurismas micóticos en aorta infrarrenal que precisaron endoprótesis por ulceración de la pared anterior aórtica. Episodio de hematemesis abundante y rectorragia junto con hipotensión y anemización. Se decidió cirugía evidenciando la existencia de una FAE a 3ª porción duodenal realizándosele la cirugía ya descrita.

Discusión: La FAE tiene una mortalidad muy elevada. La incidencia de las fístulas primarias es inferior al 1% mientras que la de las secundarias es entre 0,36-1,6%. El aumento de la esperanza de vida y los avances en los procedimientos percutáneos aumentado la incidencia de las FEA secundarias. Es fundamental tener una sospecha diagnóstica para realizar un abordaje rápido que disminuya la mortalidad.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados