



P-083 - TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA PERIPROTÉSICA: ¿EVITA LA LAPAROTOMÍA DE URGENCIA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA FULMINANTE?

F. Mon Martín, B. Guil Ortiz, J.L. Pérez Burkhardt, R. Ucelay Gómez y A.F. Bravo Gutiérrez

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario de Canarias-Consorcio Sanitario de Tenerife, La Laguna.

Resumen

Introducción: Una fístula aortoentérica (FAE) es una entidad potencialmente mortal, que puede presentarse de forma primaria o secundaria a la reparación protésica de un aneurisma de aorta. La incidencia de la FAE oscila entre un 1-2% tras la cirugía de aorta, presentando menor incidencia en los casos de implantación protésica. El establecimiento de un diagnóstico de sospecha que ayude a establecer un diagnóstico precoz es fundamental para la supervivencia del paciente, pues la mortalidad asociada al shock hipovolémico con necesidad de politransfusión oscila entre el 21-43%.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 73 años con los antecedentes de hipertensión arterial y un bypass aorto-bifemoral con prótesis de Dacron® por una estenosis aorto-ilíaca bilateral, hace un año. Consulta por episodios recurrentes de hemorragia digestiva baja asociada a cuadros sincopales con necesidad de reposición volumétrica con hemoderivados. Se realizó una colonoscopia y endoscopia digestiva alta; donde se objetivaron restos hemáticos por todo el colon y un área petequial hiperémica en la segunda porción duodenal, sin datos de sangrado activo. El estudio se completó con una video-cápsula endoscópica que no mostró hallazgos patológicos. En angio-tomografía computarizada, mostró un área de engrosamiento alrededor de la parte proximal de la prótesis aorto-bifemoral en la región periduodenal, sin datos de extravasación de contraste. A los 14 días de ingreso, presento cuadro de hemorragia digestiva baja masiva con inestabilidad hemodinámica y necesidad de politransfusión y soporte vasoactivo, obligando a su traslado al quirófano. En arteriografía se observó una fístula aorto-duodenal periprotésica con extravasación masiva de contraste a la luz intestinal. Se implanta endoprótesis recubierta vía femoral, evidenciándose en arteriografía de control, ausencia de extravasación de contraste. Tras este procedimiento presentó distensión abdominal y dificultad para ventilación mecánica con presión intraabdominal de 28 mmHg. Con un síndrome compartimental, se realizó una laparotomía descompresiva, por gran distensión intestinal con abundantes coágulos intraluminales. Dada la inestabilidad persistente se realizó únicamente una laparostomía. Durante el procedimiento y a pesar de las medidas de soporte establecidas, permaneció con datos de inestabilidad hemodinámica lo que propició finalmente 24 horas después su fallecimiento.

Discusión: El tratamiento convencional de la FAE consistía mediante un abordaje abierto en la realización de bypass extra-anatómico con ligadura de la aorta, cierre del trayecto fistuloso y eliminación de cualquier material protésico. Pero este tratamiento está a menudo relacionado con una alta mortalidad, que ha propiciado el desarrollo del abordaje endovascular. Esta vía, permite un rápido acceso a la fístula mostrando en estudios comparativos con el abordaje abierto una menor morbi-mortalidad postoperatoria inmediata, con tasa de supervivencia similar a largo plazo. Por tanto y a pesar del desenlace de este caso, se trata de una

técnica útil en la cirugía de urgencia que permite el control inicial del sangrado facilitando la estabilización hemodinámica. Este caso guarda especial interés, dada la infrecuente necesidad de una laparotomía tras el control hemorrágico por vía percutánea, que establece que a pesar de los buenos resultados de este abordaje, no elimina completamente el riesgo de un abordaje abierto.