CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):21

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-003 - FÍSTULA AORTODUODENAL EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES CONOCIDOS: CASO CLÍNICO

Muñoz Plaza, Nerea; Sánchez Manuel, Francisco Javier; Palomo Luquero, Alberto; Santos González, Jorge Félix; Zanfaño Palacios, Jesús; López Rodríguez, Beatriz; Cabriada García, Guillermo; González Prado, Cristina

Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Introducción: Las fístulas aortoentéricas primarias son condiciones infrecuentes, causadas generalmente por aneurismas aórticos abdominales que contactan con las estructuras gastrointestinales de alrededor, favorecido por la inflamación de la pared aórtica y su destrucción. El 75% de los casos afecta al duodeno, principalmente a su tercera y cuarta porción. La tríada clínica clásica está constituida por hemorragia digestiva, la manifestación principal, dolor abdominal y masa abdominal pulsátil. El diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos intraoperatorio. Su manejo pasa por la reconstrucción aórtica y la reparación duodenal.

Caso clínico: Varón de 69 años con antecedentes personales de HTA, fumador, enfermedad de Parkinson y esquizofrenia paranoide. Acude a urgencias por cuadro de hematemesis severa. La primera prueba diagnóstica realizada es una gastroscopia que describe una imagen de compresión extrínseca en cara anterior de la segunda porción duodenal, con una úlcera de gran tamaño Forrest IIb de aspecto infiltrativo. En una TC a continuación se describen aneurisma sacular de aorta infrarrenal de 5 cm de diámetro con trombo mural en la pared anterolateral derecha y contacto en su porción anterior con la tercera porción duodenal, sugiriendo la posibilidad de fístula aortoentérica. El paciente es intervenido de manera urgente y conjunta por los servicios de Angiología y Cirugía Vascular y Cirugía General y del Aparato Digestivo, donde se confirma de manera intraoperatoria la existencia de fístula aortoduodenal: tras despegar duodeno adherido a aneurisma de aorta abdominal se observa orificio

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados

de unos 3 cm en pared de cuarta porción duodenal y en pared aórtica. En primer lugar se realiza el injerto aórtico con plata por parte de cirujanos vasculares, con ayuda de la sutura primaria duodenal por nuestra parte. A continuación la intervención prosigue con la reconstrucción intestinal: resección de porción duodenal perforada sobre proceso uncinado, con anastomosis manual duodenoyeyunal latero-lateral, y cobertura de pedículo omental suturado a borde derecho y cara anterior de pared aórtica. Tras ingreso en cuidados intensivos por inicial inestabilidad hemodinámica el paciente tiene una evolución favorable en hospitalización, destacando fístula biliar y pancreática manejadas de manera conservadora, y bacteriemia por *S. epidermidis* tratada con antibioterapia dirigida.

Discusión: La incidencia recogida de fístulas aortoentéricas primarias es inferior al 1%, pero pese a esta infrecuencia, el caso clínico mostrado pretende recordar la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante cuadros de hemorragia digestiva. El diagnóstico e intervención quirúrgica temprana son cruciales para la evolución de los pacientes, y en muchos casos para su supervivencia. En el caso presentado, no se disponen de antecedentes de interés, y es la primera TC con contraste intravenoso practicada, considerada la técnica diagnóstica más útil en estos casos, la que descubre un aneurisma aórtico hasta el momento desconocido. Recientemente se han publicado los tratamientos endovasculares como una opción exitosa en el manejo de pacientes inestables; no obstante, se trata de una medida para detener el sangrado inmediato, y se debe realizar una intervención quirúrgica abierta para optar a una buena evolución a largo plazo.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados