



P-074 - FÍSTULA AORTOENTÉRICA SECUNDARIA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

R. Gómez Pérez, I. Cañizo Rincón, M.J. Lara Villoslada, B. Vera Arroyo, J.M. Hernández González, R. Maiquez Abril, R. Soler Humanes, J. Rivera Castellano, M.T. Sánchez Barrón, J. Roldán de la Rúa y R. de Luna Díaz

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: Las fístula aortoentéricas secundarias (FAEs) a cirugía aórtica son una patología con muy baja incidencia (0,66-1,6%) pero con una alta morbimortalidad (25-90%), por lo que es importante tener una alta sospecha clínica, basada en una buena anamnesis y exploración. Ante un paciente con antecedentes de prótesis vasculares y hemorragia digestiva alta se debe sospechar siempre una FAEs, dado que las posibilidades de supervivencia del paciente dependen de la demora del tratamiento. Presentamos en 3 casos de FAEs y revisión de la literatura.

Casos clínicos: Caso 1: paciente varón de 61 años con antecedentes de HTA, exfumador, cirugía de aorta abdominal 5 años antes por aneurisma de aorta infrarrenal de 6 cm tratado mediante bypass aorto aórtico. Cuatro años después de la cirugía acude al servicio de urgencias por rectorragias y cuadro sincopal. Se solicita angioTAC urgente que muestra fuga de contraste desde sutura aórtica proximal al duodeno. Caso 2: paciente varón de 69 años, intervenido 10 años antes por isquemia de MMII, realizándose bypass aortobifemoral en otro centro sin seguimiento. Es ingresado para estudio de melenas de varios días de evolución empeorando el cuadro con hematemesis y shock hipovolémico por lo que es intervenido de manera urgente. Caso 3: paciente varón de 64 años intervenido 2 años antes por aneurisma de aorta infrarrenal mediante injerto aortobifemoral. En estudio por melenas, durante realización de endoscopia se observa erosión duodenal pulsátil y con hematoma reciente. Ante la sospecha de fístula aortoentérica se realiza TAC que apoya el diagnóstico por lo que se interviene de urgencia. En los 3 casos se interviene de forma urgente realizando revascularización extraanatómica, explante protésico y ligadura de muñón aórtico. En los tres se realiza sutura simple duodenal. Dos de los 3 pacientes fallecen en el postoperatorio inmediato por fracaso multiorgánico. Uno de ellos sobrevive la primera semana llegando a iniciar tolerancia pero finalmente fallece por rotura del muñón aórtico.

Discusión: Las FAEs se presentan en paciente con una media de edad de 62 años, con antecedentes de cirugía de reparación de aneurisma de aorta abdominal (54,3%). La mayoría de las veces fistulizan a tercera o cuarta porción duodenales (75%). La fisiopatología se relaciona con factores mecánicos (por estrés pulsátil) y con infección protésica (se han objetivado bacteriemias por gérmenes entéricos). La presentación suele ser hemorragia digestiva autolimitada (sangrado ?centinela?), melenas, anemia, shock hipovolémico, signos de infección protésica y sepsis. Para el diagnóstico contamos con la endoscopia digestiva alta combinada con un método de imagen (eco, TAC, Angio-TAC, RNM) en función de la estabilidad del paciente. El tratamiento es siempre quirúrgico urgente con retirada de la prótesis, cierre primario duodenal si la fistula es menor de 3 cm, si es mayor hay que plantearse resección segmentaria.; sustitución *in situ* o bien retirada con bypass

extraanatómica (mayor tasa de rotura del muñón aórtico 20%), sustitución por criopreservados con mayor tasa de rotura protésica o bien con tratamientos endovasculares como puente a cirugía programada tras estabilización del paciente dado que no soluciona la infección ni la lesión duodenal.