



www.elsevier.es/cirugia

P-047 - FÍSTULA AORTOENTÉRICA TRAS AGRESIÓN CON ARMA BLANCA

García García, Alberto; Martínez Monsalve, Ángel; Galarín Salamanca, Isabel María; Barzola Navarro, Ernesto Jesús; Salas Martínez, Jesús

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Objetivos: La fístula aortoentérica (FAE) es una patología infrecuente y con elevada mortalidad. Es una comunicación anómala entre la aorta abdominal y el tubo digestivo. En el 90% de los casos se deben al decúbito de una prótesis vascular sobre el intestino tras cirugía aortica abdominal. El traumatismo abdominal penetrante es una etiología excepcional de esta patología. Presentamos el caso de un paciente que sufre agresión con arma blanca requiriendo cirugía urgente. Durante la intervención se objetiva fístula aortoentérica con sección parcial traumática de aorta, cava inferior y triple perforación intestinal.

Caso clínico: Paciente varón de 22 años con AP de consumo de cannabis, alcohol y ex-consumidor de cocaína. Sección de arteria radial por agresión y herida de bala con proyectil en celda renal izquierda. Acude a Urgencias por herida inciso-contusa a nivel de hipocondrio izquierdo tras agresión con arma blanca. Se realiza angioTAC con contraste intravenoso urgente, donde se objetiva herida abierta con abundante cantidad de líquido libre, hematoma retroperitoneal y extravasación de contraste yodado que se introduce en la segunda y tercera porción duodenal a través de una solución de continuidad localizada en el duodeno. Se decide cirugía urgente objetivándose importante hemoperitoneo, hematoma retroperitoneal, y sangrado procedente de la perforación de intestino delgado. Ante la imposibilidad de identificar el punto de sangrado se realiza maniobra de Kocher y clampaje de aorta infrarrenal, comprobándose sección traumática parcial de Aorta abdominal y vena cava inferior, sección de vasos mesentéricos inferiores y fístula aortoentérica con triple perforación duodenal y primer asa yeyunal, realizándose reparación primaria de las lesiones. Tras control hemodinámico y respiratorio en U.C.I, pasa a planta en el segundo día postoperatorio. El paciente evoluciona de forma favorable siendo alta hospitalaria en el séptimo día postoperatorio tolerando dieta y con tránsito intestinal restaurado, sin datos clínicos de nuevos episodios de sangrado.

Discusión: La fístula aortoentérica (FAE) es una comunicación anómala entre la aorta abdominal y el tubo digestivo que presenta una elevada mortalidad. El 90% de casos de FAE son de etiología secundaria a un decúbito protésico sobre asa intestinal tras cirugía sobre aorta abdominal, sin embargo son escasos los casos publicados de FAE secundaria a traumatismo abdominal penetrante. La inestabilidad hemodinámica, el dolor abdominal y hemorragia digestiva alta y baja constituyen la triada clínica clásica de presentación. La elección de pruebas diagnósticas va a depender del estado clínico del paciente y los recursos existentes, siendo la endoscopia y la TC abdominal las pruebas complementarias de elección. La extravasación de contraste desde la aorta a la luz intestinal en una angioTC constituye un signo patognomónico de FAE. El abordaje quirúrgico debe ser amplio, para permitir control vascular y búsqueda del orificio fistuloso y otros posibles daños asociados. El clampaje de aorta infrarrenal es la técnica de elección, con objetivo de preservar la perfusión mesentérica y renal. La reparación vascular prevalece sobre la intestinal a fin de control

hemodinámico, evitando el uso de material protésico para disminuir el riesgo de infección.