



P-070 - FIEBRE SECUNDARIA A FÍSTULA AORTO-DUODENAL

Lapeña, María; Fernández, Mari Carmen; Zaplana, Marta; Guerrero, Francisco; Barrios, María Eugenia; López, Fernando

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción: La fistula aorto-entérica (FAE) se define como una comunicación directa entre la aorta y el tracto digestivo, esta puede ser primaria (aneurismas de aorta) o secundarias (prótesis en la aorta). Las secundarias son una complicación poco frecuente, 0,36-2%, que pueden aparecer entre los 2 meses y los 15 años postoperatorios. Presentamos el caso clínico de un paciente que es valorado en urgencias por síndrome febril de origen desconocido (FOD) e ingresado para estudio. Tras completar el estudio es diagnosticado de fistula aorto-duodenal, motivo por el cual es remitido a nuestro centro para valorar intervención quirúrgica.

Caso clínico: Varón de 80 años exfumador, con antecedentes de hipertensión arterial e intervenido por isquemia crónica de miembro inferiores realizando, en otro centro, bypass aorto-bifemoral en 1994. Acudió a urgencias por fiebre sin otra sintomatología asociada. Se le realizó analítica que mostraba PCR 120 mg/L, procalcitonina 5,07 ng/mL, sin leucocitosis ni neutrofilia. Se inició antibioterapia empírica con gentamicina y linezolid persistiendo fiebre > 38 °C. Se realizó una tomografía computarizada (TC) toraco-abdomino-pélvica evidenciando un plastrón inflamatorio a nivel duodenal y en íntimo contacto con la prótesis aórtica. También se realizó una gastroscopia identificando a nivel de la tercera porción duodenal material protésico que atravesaba la pared del duodeno. Debido al alto riesgo de complicación hemorrágica de la FAE y el buen estado basal del paciente se decidió intervención quirúrgica programada en dos tiempos. En el primer tiempo se realizó derivación axilo-bifemoral, y a las 24 horas se realizó el segundo tiempo quirúrgico. Se abordó al paciente mediante laparotomía supra-infraumbilical evidenciando la FAE entre la anastomosis proximal aorto-protésico y la 3^a-4^a porción duodenal. Se realizó sección y sutura de los extremos proximales y distales a la prótesis y posteriormente la disección del duodeno adherido a la prótesis, evidenciando una ulceración de unos 3 cm en la cara posterior. Se realizó resección del segmento afecto y reconstrucción del tránsito mediante anastomosis término-terminal manual duodeno-duodenal. Finalmente, se realizó resección en bloque de aorta y cuerpo protésico. El paciente presenta un postoperatorio tórpido, con fuga a nivel duodenal que requiere reintervención. Posteriormente, el octavo día postoperatorio presenta pérdida de sensibilidad en miembros inferiores y mal estado general, se solicita TC que se completa con resonancia magnética con hallazgos compatibles con mielopatía isquémica entre T7 y L1. Finalmente, el paciente fallece el noveno día postoperatorio.

Discusión: La FAE es una complicación poco frecuente de la cirugía aórtica y/o abdominal potencialmente letal, presentándose como un desafío tanto para el cirujano general como para el vascular. La presentación clínica más frecuente es la hemorragia digestiva, no obstante, la sintomatología infecciosa le sigue en frecuencia. La FAE es una complicación grave, por lo que es necesario un elevado grado de sospecha para un diagnóstico precoz. La cirugía es un tratamiento válido, pero asocia una elevada morbilidad.