



P-522 - FÍSTULA ARTERIOENTÉRICA EN PACIENTE CON TRASPLANTE PANCREATORRENAL

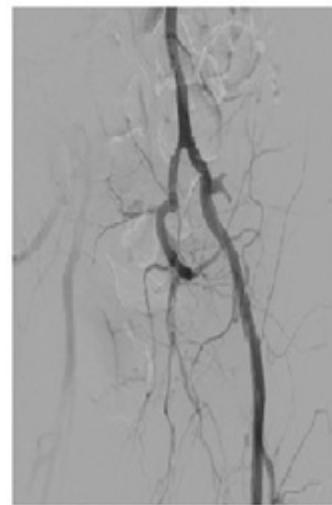
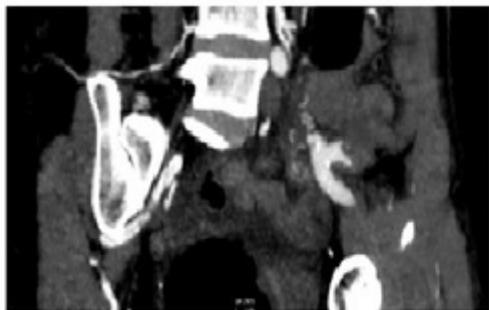
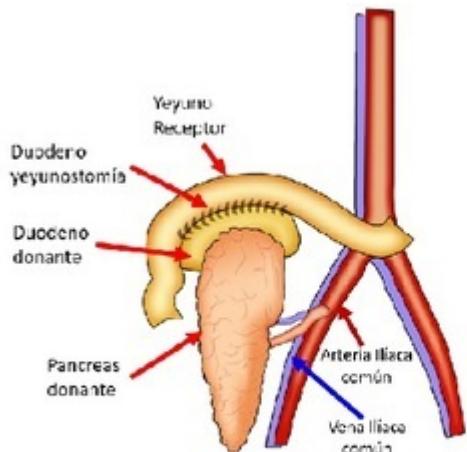
Colombari Monteiro, Renan Carlo; Fernández Martínez, María; Sánchez Rodríguez, María; Cova Chinea, Miguel; García Boyano, Fernando; Maimir Quadrado, Félix; Mercader Cidoncha, Enrique; Morales Taboada, Álvaro

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Objetivos: Ilustrar el caso de una patología rara, de difícil diagnóstico y tratamiento y con elevada mortalidad en una paciente con antecedente de trasplante pancretorrenal: fístula arterioentérica.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 50 años, en seguimiento en otro servicio, con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 1 con afectación metadiabética (nefropatía, retinopatía, polineuropatía), accidente cerebrovascular sin secuelas, portadora de primer trasplante renal por enfermedad renal crónica secundaria a diabetes desde 2012 con disfunción leve del injerto (creatinina basal en torno a 1,5 mg/dL) y portadora de trasplante pancreático por diabetes desde 2015 con disfunción avanzada. Acudió a Urgencias por hematoquecia en domicilio con síntope asociado. A su llegada se encontraba hemodinámicamente inestable con tensión arterial 60/30 mmHg, sin taquicardia, con buena respuesta a la administración de sueroterapia intensiva. En analítica de control se objetiva anemización de 3 puntos hasta Hb 7,9 g/dL (previa 11,1 g/dL). Tras estabilización se realiza gastroscopia, colonoscopia y TC urgentes, sin hallazgos relevantes. Posteriormente se realiza estudio con cápsula endoscópica y tampoco se encuentran hallazgos que justificasen el cuadro clínico. En su 4º día de ingreso presenta nuevos episodios de hematoquecia con repercusión clínica, analítica y hemodinámica. La nueva angiotomografía describe una fístula arterioentérica (de la anastomosis arterial a la anastomosis intestinal del injerto pancreático) con sangrado activo. Dado que en la arteriografía no se llegó a visualizar el punto de sangrado y la paciente seguía inestable se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza nueva gastroscopia en quirófano, sin hallazgos. Una enteroscopia intraoperatoria confirma la presencia de una fístula arterioentérica de anastomosis arterial del injerto pancreático (ilíaca externa izquierda) a anastomosis intestinal del injerto (íleon medio) con sangrado activo. Se realiza resección de 10 cm de íleon medio (zona de la fístula), resección segmentaria de arteria ilíaca externa izquierda y bypass término-terminal ilioilíaco izquierdo con Dacron, resección de injerto pancreático y anastomosis intestinal ileoileal. Durante la intervención se mantiene muy inestable, con dosis elevadas de Noradrenalina (1,5 μg/kg/min) y politransfundida (16 concentrados de hematíes, 2 pools de plaquetas y 4 unidades de plasma fresco congelado). Tras controlar el sangrado intraoperatorio se consigue estabilización de la paciente que permite suspender perfusión de Noradrenalina. Estuvo ingresada en Reanimación durante 9 días y presentó fracaso renal agudo sobre crónico sin necesidad de depuración extrarrenal, evolucionando favorablemente y sin otras complicaciones. Fue dada de alta al 20º día de ingreso con función del injerto renal estable (creatinina 2,4 mg/dL), Hb 9,9 g/dL, manteniendo tratamiento con Ácido Acetilsalicílico por el bypass y ajuste de insulinoterapia por Endocrinología.



Discusión: La incidencia de una fistula arterioenterica es muy baja, pero con elevada mortalidad, y se necesita un rápido y agresivo tratamiento de la misma. El acceso a distintas especialidades en un hospital terciario (intensivistas, digestivos, nefrólogos, endocrinólogos, radiólogos, cirujanos generales y vasculares) y pruebas (endoscopia de urgencia, arteriografía, angiotomografía) es fundamental para el éxito del tratamiento.