



P-048 - HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A INCLUSIÓN DE PRÓTESIS VASCULAR EN ÍLEON TERMINAL

Montalbán Ayala, Paula; Enjuto Martínez, Diego Tristán; Álvarez Hernández, Marta del Carmen; Muñoz Sanz, Sara; Martín Abad, Alma María; Salvador Camarmo, Guillermo; Carreras I Hoyos, Marta; Martín Pérez, María Elena

Hospital Universitario la Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: La fistula aortoentérica es una entidad poco frecuente pero con elevada morbilidad. Se clasifican en primarias y secundarias, siendo estas últimas las más frecuentes y originadas desde un elemento protésico vascular. Dentro de este grupo, hablamos de fistula paraprotésica cuando la comunicación se establece entre el cuerpo o rama de la prótesis y un segmento intestinal.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un varón de 64 con antecedente de arteriopatía periférica, con endarterectomía carotídea en carótida interna derecha en Abril/2023, y posteriormente en Mayo/2024, se realiza bypass aorto-bifemoral por síndrome de Leriche, presentando como complicación durante el posoperatorio, un ictus isquémico hemisférico izquierdo precisando la realización de trombectomía y angioplastia con balón con colocación de doble stent en carótida interna izquierda. Como secuelas presentó hemiparesia de miembro superior izquierdo y afasia motora. Posteriormente, en Julio/2024, comienza con cuadros repetidos de fiebre con bacteriemia por bacilos gramnegativos que precisan de múltiples ingresos hospitalarios y varios ciclos prolongados de antibioterapia. Tras descartar otros focos y ante aislamientos reiterados de enteropatógenos se solicita TAC abdominal que no es concluyente y posteriormente PET-TAC, en Septiembre/24 en el que se objetiva infección del bypass. Tras múltiples ingresos posteriores y ante persistencia de los cuadros febriles con aislamientos en sangre de flora enteral, se sospecha la presencia de una fistula entero-paraprotésica como origen del cuadro. Se realiza AngioTAC, gastrocolonoscopia y enteroRM no siendo ninguna de estas pruebas concluyentes para el diagnóstico de sospecha. En este contexto, el paciente acude a Urgencias en Marzo/2025 con cuadro de hemorragia digestiva baja y fiebre, realizándose AngioTAC abdominal en el que se objetiva colitis isquémica izquierda confirmada por colonoscopia, por lo que se decide intervención urgente. Durante la cirugía, se descarta intraoperatoriamente isquemia de colon y se visualiza infección crónica del bypass aortobifemoral, con rama derecha del mismo incluida en asa de íleon distal. Ante dichos hallazgos se realiza resección de segmento de íleon con rama de bypass incluida, y exéresis completa del bypass, con sutura lateral de aortotomía y realización de bypass axilobifemoral. Ante la situación hemodinámica del paciente, se dejan cabos intestinales cerrados y se coloca dispositivo Abthera. A las 24 horas de la intervención presenta trombosis del bypass axilobifemoral con isquemia de miembros inferiores, siendo intervenido nuevamente de forma urgente para realizar

trombectomía. Durante la intervención, el paciente comienza con cuadro de hipotensión arterial brusca y taquicardia sinusal refractarias a vasopresores con consiguiente parada cardiorrespiratoria, certificándose finalmente el fallecimiento tras 20 minutos de maniobras de RCP.

Discusión: La fistula aortoentérica es una causa infrecuente de hemorragia digestiva baja pero con una elevada tasa de mortalidad. Por ello, de cara a reducir la mortalidad de esta patología es preciso una sospecha diagnóstica temprana ante cuadros de hemorragia digestiva en pacientes portadores de prótesis vasculares a nivel intraabdominal.