



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 fístula aortoentérica es una entidad poco frecuente pero con elevada morbimortalidad. 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 fístula 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 fístula entero-paraprotésica como origen del cuadro. Se realiza AngioTAC, gastro-colonoscopia 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 fístula 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.