



P-680 - DUODENECTOMÍA DE URGENCIAS POR FISTULA AORTOENTÉRICA EN PACIENTE CON PRÓTESIS AORTICA: UNA OPCIÓN TÉCNICA QUE DEBEMOS RECORDAR

Paredes Segura, Adrián; Alcázar López, Cándido; Gómez, Ismael; Miñano Pérez, Alberto; Villodre Tudela, Celia; Marco Gómez, Maria; García Rivera, Elena; Ramia Ángel, Jose Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La cirugía del duodeno continúa siendo un importante desafío técnico debido a su compleja anatomía y estar íntimamente relacionado con el páncreas. Históricamente ha presentado una alta morbilidad y mortalidad. En 1995, Chung *et al.* describieron la duodenectomía total con conservación del páncreas (DTPP) que permite solucionar ciertas situaciones complejas duodenales sin efectuar resección pancreática. Posteriormente se han descrito otras duodenectomías parciales con preservación pancreática y papilar dirigidas a lesiones localizadas en las porciones D3 y D4 duodenales. Esta opción menos agresiva ha mostrado buenos resultados, especialmente en el tratamiento de neoplasias infrapapilares. Son muy escasas, las duodenectomías totales o distales urgentes publicadas, pero puede ser muy útil en determinados contextos.

Caso clínico: Varón, 57 años, antecedentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio secundaria a nefropatía diabética-hipertensiva, cirrosis hepática enólica y *bypass* aorto-bifemoral bilateral hace 6 años. Acudió a urgencias por mal estado general, dolor abdominal, estreñimiento y deposiciones verdosas. En la analítica destacaba hiponatremia y pancitopenia. Tras múltiples estudios es diagnosticado de Leishmaniosis visceral (PCR sérica). Durante el ingreso presentó amenización aguda y hemorragia digestiva baja por lo que se realizaron varias endoscopias, sin hallazgos, y angioTC donde se evidenció neumoperitoneo, líquido libre y edema mesentérico sin alteraciones respecto a la prótesis vascular. Tras nuevo episodio de sangrado (Hb: 3,8 g/mL) se repitió TC y se observó pseudoaneurisma en el anclaje proximal de la prótesis aórtica y fístula aortoentérica sobre la prótesis, realizando tratamiento endovascular con técnica de *kissing balloon* y *kissing stent*. Durante el posoperatorio presentó nueva hemorragia digestiva baja, y un nuevo angioTC evidenció sangrado activo y microperforación duodenal. En la endoscopia se confirmó una gran perforación en D3 con visualización directa de la prótesis. Realizamos duodenectomía parcial (D3-D4) con anastomosis duodeno-yeyunal y retirada de la prótesis aortica infectada con reemplazo por un *bypass* axilo-bifemoral. Evolución posoperatorio favorable a nivel duodenal pero reintervención por sangrado en el *bypass* axilar derecho (Clavien IIIb). Infección protésica por *E. faecium*. Siendo dado de alta sin otras complicaciones.

Discusión: La reparación de una fístula aortoentérica con un gran defecto duodenal es compleja. Su cierre directo, como ocurría en nuestro caso, no es factible porque causaría una estenosis grave o

los tejidos no son viables. Su solución puede suponer un problema intraoperatorio de difícil solución. La duodenectomía D3-D4 con anastomosis duodenoyeyunal es una opción técnica compleja pero factible para solucionar estas complejas situaciones que el cirujano de urgencias debe conocer para poder solventar a estos pacientes.