



P-053 - ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE CON FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA. FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO

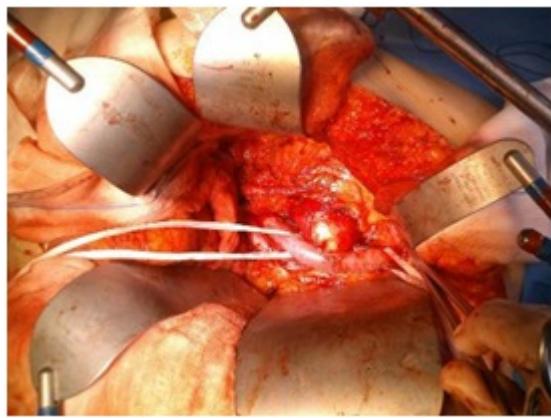
Martínez Manzano, Álvaro; Balsalobre Salmerón, María Dolores; García López, María Aránzazu; Rodríguez García, Pablo; Abellán Garay, Laura; Carrillo López, María José; Muñoz, Javier; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Objetivos: La fístula aortoentérica (FAE) es una causa infrecuente de hemorragia digestiva, que se asocia a una elevada morbimortalidad, por lo que la rapidez tanto en el diagnóstico como en el tratamiento es vital para el pronóstico del paciente. Dichas fístulas surgen de una comunicación directa entre la aorta y el tracto gastrointestinal, bien de forma primaria en pacientes con aneurismas ateroscleróticos de aorta abdominal o de forma secundaria en pacientes con prótesis de aorta abdominal insertadas previamente.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 75 años que presenta un bypass aorto-bifemoral con prótesis desde 2008. Ingresa en el hospital para estudio de síndrome constitucional de varios meses de evolución. Avisan a cirugía para valorar al paciente puesto que presenta un abdomen patológico, doloroso sobretodo en fosa ilíaca derecha (FID). Se le realiza TC abdominal que informan de la presencia de una colección periprotésica en relación a una FAE. El paciente es intervenido de urgencia, realizando una cirugía conjunta junto con los cirujanos vasculares. En FID encontramos un plastrón inflamatorio, que incluye asas de intestino delgado (ID) adheridas íntimamente a retroperitoneo. Se localiza una fístula que va desde el asa de ID a la prótesis de bypass aortobifemoral (IMG1). Se procede a la realización de un bypass axilar (izquierdo) bifemoral junto con un explante de prótesis bifurcada, ligadura de la aorta infrarrenal y resección intestinal con anastomosis T-T. Las FAE se clasifican en primarias (son consecuencia de patologías aórticas como los aneurismas) o secundarias (son aquellas en las que encontramos factores predisponentes, tales como la colocación de prótesis vasculares, como es nuestro caso). Generalmente las FAE secundarias se caracterizan por sangrado intermitente de varios meses de evolución, que no siempre es masivo, manifestándose por melenas, o episodios de rectorragia. El tiempo que transcurre entre el primer sangrado y el evento catastrófico excede una semana en más del 40% de los casos. El intervalo de desarrollo de las mismas oscila entre 8 meses y 15 años tras la inserción de la prótesis. La localización del trayecto fistuloso puede establecerse con cualquier porción del tubo digestivo, siendo más frecuente en el duodeno en alrededor del 80% de los casos. Se ha propuesto la infección protésica como un factor de riesgo predisponente para la formación de las FAE secundarias, siendo el intervalo de tiempo entre la cirugía y la formación de las mismas menor en los casos en que hay infección. Ante la alta sospecha de FAE tras un episodio de hemorragia o los hallazgos del angio-TAC o de la endoscopia se recomienda la reparación quirúrgica, ya que la mortalidad para estos pacientes está próxima al 100%. El tratamiento quirúrgico para las FAE secundarias infectadas se basa en la antibioticoterapia intravenosa y en retirar la prótesis infectada y realizar un bypass extraanatómico, no estando la realización de este bypass exenta de complicaciones, alcanzando una mortalidad del 36 al 48%.



Discusión: Ante un paciente con diagnóstico de FAE, debemos de actuar con rapidez. Dado que se trata de una entidad que conlleva una elevada mortalidad, se requiere una alta sospecha clínica y una conducta quirúrgica urgente para mejorar el pronóstico de esta infrecuente patología.