



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-050 - FISTULA AORTODUODENAL COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO DE URGENCIAS

Perea del Pozo, Eduardo; Cuevas López, María José; Aragón Ropero, Pablo; Suárez Artacho, Gonzalo; Sánchez Rodríguez, José María; Tamayo López, María Jesús; Padillo Ruiz, Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La fístula aortoduodenal se define como la conexión anormal entre la aorta y el tracto gastrointestinal. A menudo, es el resultado de la compresión primaria de la aorta, o por la erosión o movimiento continuo pulsátil entre el injerto y las estructuras gastrointestinales cercanas.

Caso clínico: Varón de 75 años con varios episodios de HDA, síncope y anemización, que finalmente obligan a su ingreso en el HUVVM, donde se comprobó sangrado por tercera porción duodenal. Entre sus antecedentes personales se encuentran: exfumador, HTA, DMII, dislipemia, enfermedad renal crónica estadio 5 dializada, aneurisma de aorta abdominal intervenido en 2011 con aneurimectomía y colocación de prótesis recta. En estudios que se le realizaron (angio-TC y PET-TAC abdominal), se evidenciaron datos compatibles con un proceso infeccioso a nivel periprotésico de aorta abdominal. El 23 de abril de este año se le realiza un bypass axilo-bifemoral izquierdo junto con Cirugía General de carácter urgente por inestabilidad hemodinámica e insuficiencia respiratoria. Se procede a exponer la aorta por encima de la fístula, se clampa y se ligan ambas ilíacas comunes. Se disecciona la unión de la aorta con el duodeno y se continúa con la extirpación de la prótesis evidenciándose durante la cirugía un pseudoaneurisma perianastomótico anterior que pudo haber sido la causa de la fístula. Duodenorrafia y se comprueba estanqueidad con azul de metileno. La fístula aorto-entérica secundaria se da por causas iatrogénicas, la mayoría como complicación de una intervención de aorta. Hay pocos datos epidemiológicos al respecto pero la incidencia estimada es del 1%. La mayoría se dan entre la 3ª y 4ª porción duodenal y la línea proximal de sutura de la aorta. La formación de un pseudoaneurisma en la dehiscencia de la línea de sutura infectada, se asocia con el deterioro/desgaste de la pared intestinal adyacente, resultando en la formación de una fístula aorto-entérica. La probabilidad de desarrollar una fístula en la línea de sutura entre la prótesis y la aorta es mayor que si sucede distal a ésta. La presentación clínica contiene componentes infecciosos y hemorrágicos. Muchos de los síntomas son inespecíficos (dolor abdominal, fiebre, hemorragia y shock). La baja incidencia y los signos inespecíficos de esta condición, hace que sea un desafío su diagnóstico prequirúrgico incluso usando técnicas de imagen avanzadas. La presencia de aire o líquido en el área periprotésica en el TAC, la inflamación de la pared intestinal adherida y la salida de contraste al intestino, son muy sugestivas de fístula aorto-entérica. La técnica más aceptada incluye el desbridamiento del tejido infectado, la reparación de la fístula, eliminación completa del injerto y la revascularización.

Discusión: La clínica de las fístulas aortoduodenales es muy inespecífica, el médico debe tener un alto índice de sospecha. Debe ser intervenido tan pronto como sea posible ya que la tasa de mortalidad es del 100% sin tratamiento quirúrgico. Actualmente no existen guías para el diagnóstico y manejo de la misma, por lo que es

necesario un abordaje individualizado para cada caso teniendo como pilar fundamental una buena historia clínica.