



P-556 - RECTORRAGIA MASIVA POR FÍSTULA HIPOGÁSTRICA-COLÓNICA

J. Martín Cano, J. Motos Micó, A. Moreno Serrano, L. García Balart y R. Rosado Cobián

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: La dificultad para el diagnóstico de una rectorragia viene dada fundamentalmente por la falta de una información clínica objetiva sobre la misma. Las razones de esta falta de información son: el amplio abanico de diagnósticos diferenciales, las diferentes intensidades de sangrado, las causas de sangrado difíciles de identificar y la ausencia de un patrón de referencia para el estudio diagnóstico de la rectorragia.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 48 años con antecedentes patológicos de DM tipo II, mutación del factor V de Leyden, apendicetomizada, colecistectomizada, nefrostomía derecha e histerectomía radical con doble anexectomía hace 2 años por carcinoma de cérvix, precisando posteriormente tratamiento adyuvante (radioterapia, quimioterapia y braquiterapia). Acude a urgencias de nuestro hospital, trasladada por equipo de urgencias, por presentar cuadro de dolor abdominal, mareo y rectorragia. A la llegada a urgencias nuevo episodio de rectorragia cuantiosa con hipotensión y taquicardia, por lo que es trasladada a la UCI en situación de shock hemorrágico (analítica HB: 2,5 g/dl) Es valorada por cirugía indicando laparotomía urgente. La paciente es intervenido de urgencia, objetivando una fístula hipogástrica-cólica con sangrado activo arterial. Se realiza un taponamiento y sutura de la misma, lográndose el control de la hemorragia. Colectomía subtotal de emergencia e ileostomía terminal. Se observa también una proctitis actínica por lo que se deja en el muñón rectal una sonda de Foley y tres drenajes en la cavidad. La paciente presentó un postoperatorio tórpido en UCI. Preciso en total 26 concentrados de hematíes, 19 de plasma fresco y 3 pool de plaquetas. Hizo un fracaso renal, respiratorio y hepático, una peritonitis fecaloidea por perforación intestinal, precisando nueva laparotomía y resección intestinal. También presentó isquemia en miembro inferior derecho con ausencia de pulso femoral y poplíteo derecho. Se realizó angio-TAC en el que se identificó defecto de repleción de manera segmentaria en iliaca externa derecha desde su origen hasta el inicio de la femoral común ipsilateral. Arteria iliaca común e iliaca interna, femoral común superficial, profunda, poplíteo, tibial posterior y peronea derecha permeable. Se objetiva defecto de llenado en segmento distal de tibial anterior derecha. Con estos hallazgos cirugía vascular realizó un by-pass fémoro-femoral ID y faciotomía cerrada. Mala evolución, por lo que precisó una amputación supracondílea de miembro inferior derecho. La evolución en la planta de cirugía fue lenta y complicada, presentando a su llegada infección de heridas quirúrgicas y drenajes purulentos que evolucionaron favorablemente con tratamiento antibiótico y curas diarias. Ileostomía funcionante. Fue dada de alta a los 90 días.

Discusión: La etiología diagnóstica de una rectorragia masiva resulta muy dificultosa. Resulta

bastante raro el origen de una fístula ilíaca-entérica como consecuencia de un tratamiento adyuvante con radioterapia.