



P-379 - FENÓMENOS HEMATOLÓGICOS GRAVES ASOCIADOS A LA CIRUGÍA DE LA EEII

Escalera Pérez, Raquel¹; Estepa Cabello, Rocio¹; Muñoz Caracuel, Elisabet¹; Jiménez Vaquero, María José²; García Molina, Francisco¹

¹Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera; ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción: Los pacientes con EEII tienen un mayor riesgo de eventos vasculares, favorecidos, por la enfermedad en sí, por su estado inflamatorio, por déficit nutricionales y vitamínicos o bien por enfermedades protrombóticas asociadas. Presentamos tres casos con complicaciones hematológicas muy graves con debut durante la cirugía o tras ella.

Casos clínicos: Caso 1: paciente de 30 años. Diagnosticado de E. Crohn hace 6 meses. En tratamiento con corticoides e inducción con infliximab que acude con cuadro obstructivo que requiere intervención quirúrgica urgente. Intraoperatoriamente y sin causa aparente el paciente sufre una parada cardiorespiratoria, que es revertida y se concluye la cirugía. Cuatro horas después, se repite la PCR y se decide de manera empírica realizar fibrinólisis. Dos días después se pudo realizar un TAC que confirmó un TEP masivo y una trombosis venosa profunda de todo el territorio femoropoplíteo izquierdo. Caso 2: paciente de 21 años, con ileítis terminal de Crohn, que presenta un cuadro obstructivo, que no mejora con tratamiento conservador. Se realiza resección ileocecal urgente con anastomosis L-L manual. Comienza con melenas al tercer día postoperatorio, que no se puede controlar con medidas conservadoras por lo que fue preciso la reintervención obligándonos a desmontar la anastomosis y realizar ileostomía + fístula mucosa. No se ha podido demostrar por Hematología, la presencia de patología de base. En la cirugía reconstructiva, se decidió no administrar HBPM, y añadir ácido tranexámico y vitamina K, no repitiéndose el sangrado intraluminal, aunque sí presentó un hematoma en la pared abdominal. Caso 3: mujer de 58 que acude a urgencias por abdomen agudo y *shock* séptico. Se realiza laparotomía urgente, hallándose una peritonitis fecaloidea cuyo origen está en segmento largo de sigma multiperforado. Se realiza intervención de Hartmann, precisando durante su ingreso en UCI dosis plenas de drogas vasoactivas. Inmediatamente presentó necrosis de ambos miembros inferiores y de las falanges distales de ambas manos que requirieron amputaciones. La anatomía patológica confirmó una colitis de Crohn y posteriormente se diagnosticó de una Síndrome Antifosfolípido.

Discusión: Los pacientes con EEII intervenidos de forma urgente o programada pueden presentar eventos derivados de alteraciones hematológicas, pudiendo comprometer su vida. Es fundamental conocerlos para poder optimizar y anticiparnos previamente a la cirugía y disminuir así su incidencia y sus graves consecuencias.