



V-018 - ABORDAJE QUIRÚRGICO DE FÍSTULA AORTO-DUODENAL, COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALT

Espada Fuentes, Francisco Javier; Almoguera González, Francisco José; Perea del Pozo, Eduardo; Pareja Ciuró, Felipe; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La fístula aortoentérica (FAE) es una causa rara de hemorragia digestiva alta (HDA). Se divide en FAE primarias, como consecuencia de aneurismas arterioscleróticos, inflamatorios o infecciosos, y FAE secundarias a intervencionismo. La tríada clásica de una FAE consiste en dolor abdominal, masa abdominal palpable y sangrado gastrointestinal. Esto solo aparece en una minoría de pacientes y por tanto es necesario un alto índice de sospecha para su correcto diagnóstico y tratamiento precoz.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 57 años con antecedentes personales de fumador y cardiopatía isquémica revascularizada, que acudió a Urgencias por episodio sincopal y HDA en forma de hematemesis que se había precedido de cuadros presincoales y melenas en los 5 días previos. A su llegada se encontraba hemodinámicamente inestable, y con una hemoglobina de 10,4 g/dL en el hemograma al ingreso. Tras resucitación con fluidoterapia intensiva se realizó endoscopia, alcanzándose 3ª porción duodenal en donde se objetivó una gran ulceración de 2,5 cm, profunda y con un orificio que se abría al insuflar sugestivo de posible perforación o comunicación fistulosa. Ante los hallazgos, se desestimó el manejo endoscópico, se trasladó al paciente a la unidad de sangrantes y se solicitó TAC en la que se evidenció la presencia de un aneurisma de aorta infrarrenal con signos indirectos de rotura contenida y una fístula aortoduodenal sin signos de sangrado activo. Dados los hallazgos se decidió manejo quirúrgico combinado por parte de los equipos de cirugía general y cirugía vascular. Se realizó en un primer tiempo un *bypass* axilobifemoral protésico, tras lo cual, a través de una laparotomía media, se procedió a la ligadura aórtica y exclusión aneurismática. Esto permitió realizar con seguridad el cierre del defecto en duodeno y la exclusión duodenal con reconstrucción digestiva en Y de Roux. Tras la intervención quedó ingresado en UCI durante 7 días sin incidencias que destacar, iniciándose ingesta oral, sedestación y reestableciéndose el tránsito digestivo. Es dado de alta desde planta de hospitalización al 13^{er} desde la cirugía.

Discusión: Aunque se trate de una causa infrecuente, ante un paciente con HDA en los que se haya descartado endoscópicamente otras etiologías más prevalentes debemos tener presente la posibilidad de una fístula aortoduodenal. En estos casos se debe solicitar una TAC urgente y, tras estabilización inicial del paciente, solventar quirúrgicamente la situación antes de que se produzcan nuevos episodios que pudiesen comprometer la vida del paciente.