



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-702 - FÍSTULA AORTOENTÉRICA, UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMATEMESIS EN URGENCIAS ¿QUÉ PODEMOS HACER?

Supelano Eslait, Guillermo; Alegre Torrado, Cristina; Cervell, Deborah; Moreno Bagueiras, Alejandro; Bernal Tirapo, Julia; Gutiérrez Andreu, Marta; Cruz Vigo, Felipe; Yuste García, Pedro

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir una causa infrecuente de hematemesis en urgencias. Resaltar la dificultad en el diagnóstico de las fistulas aortoentéricas, sobre todo en pacientes sin antecedente de prótesis vasculares. Enfatizar en el abordaje multidisciplinar entre radiólogos, cirujanos vasculares y digestivos y médicos de aparato digestivo para ofrecer a los pacientes las mejores alternativas diagnósticas y terapéuticas. Reconocer la elevada morbimortalidad derivada de esta patología, y el alto riesgo de complicaciones que pueden sobrevenir en la evolución de la enfermedad.

Caso clínico: Varón de 65 años con antecedente de hipertensión arterial, acudió a urgencias por hematemesis y síncope. En las pruebas complementarias realizadas al ingreso resaltaba una anemia franca con hemoglobina de 5 mg/dl. Tras reanimar y trasfundir al paciente, se realizó la primera de 7 gastroscopias, ninguna de las cuales aportó un resultado concluyente que explicara la presencia de coágulos en el estómago. Durante el ingreso, presentó un nuevo episodio de síncope, hipotensión y hematemesis que obligó al traslado del paciente a la UVI previa realización de un angio-TC abdominal, informado como: "aneurisma infrarenal de aorta de 26 mm trombosado que contacta e impronta el duodeno retroperitoneal sin extravasación ni contenido hiperdenso en duodeno". El paciente mejoró y fue trasladado a planta donde a pesar de la mejoría clínica, persistía la anemia progresiva. En planta presentó un tercer episodio clínico similar, fue trasladado a quirófano, donde se realizó de urgencia una gastroscopia que confirmó la presencia de un coágulo en tercera porción duodenal, que tras ser movilizado empezó a sangrar activamente confirmando el diagnóstico de fístula aorto-entérica. Tras discutir el caso con el Servicio de Cirugía Vascul, realizaron un abordaje endovascular: con la colocación de prótesis endovascular aorto-monoiliaca izquierda + bypass femoro-femoral izquierda-derecha. A pesar de no haber tratado la comunicación duodenal, el paciente se estabilizó y evolucionó favorablemente hasta el 15 día postoperatorio donde se realizó por la presencia de fiebre persistente una nueva TC abdominal que evidenció como complicación de la prótesis una perforación isquémica del colon. Se realizó de urgencia una colectomía subtotal y fistulectomía aortoentérica con epiploplastia. A las 24h de la intervención: trombosis completa de la prótesis y el paciente falleció.

Conclusiones: El tratamiento de elección para la fístula aortoentérica sangrante de urgencia debe ser endovascular y debe servir como puente para el tratamiento quirúrgico definitivo. El abordaje quirúrgico de urgencia supone una elevadísima morbimortalidad. El tratamiento definitivo de la

fístula aortoentérica puede retrasarse hasta la estabilización del paciente, pero es imperativo realizarlo pues perpetúa un probable foco infeccioso que determina la elevada recurrencia. La presencia de prótesis aórticas debe despertar la sospecha de fístula aortoentérica en este tipo de cuadros, pero su ausencia no puede descartarlo. La dificultad técnica que supone reparar una fístula aortoentérica exige un equipo experto vascular y digestivo. La cirugía de control de daños y el trabajo multidisciplinar deben ser los ejes en el tratamiento de pacientes y enfermedades complejas.