



## P-084 - FÍSTULA APÉNDICO-PROTÉSICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Lorenzo Pérez, M.E. Gómez García, S. Martínez, S. Mariner, M. Pedrosa, P. González, D. Iborra y B. Ballester

Hospital de la Ribera, Alzira.

### Resumen

**Introducción:** El desarrollo de una fístula entre el apéndice cecal y la prótesis de un bypass iliaco-bifemoral, es una condición extremadamente rara. Este tipo de casos clínicos son un reto en cuanto al diagnóstico y manejo terapéutico.

**Caso clínico:** Paciente de 62 años, presenta episodios de melenas, acompañados de mareo y dolor abdominal, estable hemodinámicamente. Nueve años antes había sido intervenido de un bypass iliaco-bifemoral con injerto de dacron anillado, sin otros antecedentes de interés. Desde urgencias, se decide ingreso para estudio de las melenas mediante colono/gastroscopia, ante el resultado anodino se realiza angio-TC abdominal, visualizando signos de apendicitis aguda y contacto del apéndice con la pared protésica del bypass iliaco-bifemoral. Se decide laparotomía urgente descubriendo la apendicitis aguda con su punta necrosada y fijada al injerto, realizando apendicetomía reglada, eliminación del injerto, y sustitución con una prótesis PTFE anillada con reconstrucción axilo-bifemoral. El postoperatorio fue tórpido, presentando dolor abdominal y fiebre, realizándose TC abdominal e identificando neumoperitoneo secundario a perforación en colon sigmoide, de causa isquémica, por trombosis a nivel de la arteria mesentérica inferior. Se realiza relaparotomía de urgencia y se efectúa técnica de Hartmann, confeccionando la colostomía en vacío izquierdo, cerca de la línea media, apartándola del trayecto subcutáneo del bypass. Tras 39 días de ingreso entre UCI y planta de hospitalización, es dado de alta. Diez meses después del alta, el paciente no ha presentado signos de infección ni otras complicaciones.

**Discusión:** La infección protésica es una de las principales complicaciones en Cirugía vascular, pero es extremadamente raro que se produzca por una apendicitis aguda (< 8%). El éxito del tratamiento depende de la retirada completa de la prótesis infectada, apendicetomía y reconstrucción arterial extraanatómica, por lo general con injerto axilo-bifemoral.