



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-049 - FÍSTULA ENTERO-PARAPROTÉSICA: LA IMPORTANCIA DEL MANEJO MULTIDISCIPLINAR

Calvo García, Haydée; Herrera Kok, Johnn Henry; Álvarez Martínez, Antonio; Maqueda Ara, Silvia; Ortega Martín, José Manuel; Elosua González, Tomás; Diago Santamaría, María Victoria

Complejo Asistencial de León, León.

Resumen

Objetivos: La fístula aortoentérica es una patología poco frecuente pero de riesgo vital, que consiste en la conexión anormal entre la aorta y el tracto gastrointestinal. Puede ser primaria si aparece *de novo* por compresión de un aneurisma, una neoplasia, radioterapia previa o infección, debido a factores mecánicos o inflamatorios, o secundaria a prótesis vascular tras procedimientos reconstructivos de aorta. La fístula secundaria puede presentarse de dos formas: como comunicación anastomótica entre la luz aórtica e intestinal (fístula enteroprotésica verdadera), y menos frecuentemente, por la erosión aortoentérica (fístula entero-paraprotésica) consecuencia del contacto directo de la prótesis vascular con el intestino, produciendo la lesión. El objetivo de este trabajo es destacar la importancia del diagnóstico precoz de la fístula aortoentérica y su manejo multidisciplinar.

Caso clínico: Mujer 80 años con antecedentes de hipertensión, tabaquismo, enfermedad renal estadio IIIb, intervenida de *bypass* aorto-bifemoral y posterior *bypass* fémoro-femoral por trombosis de rama derecha. Ingresó con diagnóstico de sepsis de probable origen abdominal, anemia y lumbalgia. Se realizó gastroscopia por hemorragia digestiva visualizando en tercera porción duodenal un material amarillento compatible con prótesis parcialmente emergente a la luz duodenal con coágulos adheridos sin sangrado activo (confirmado por biopsia). El angioTC describía una ulceración de la pared duodenal por decúbito secundario a la prótesis del *bypass* aorto-bifemoral, probable hematoma o proceso infeccioso en psoas derecho y ureterohidronefrosis derecha. Con diagnóstico de fístula entero-paraprotésica, se realizó intervención quirúrgica programada entre Cirugía Vascular y Cirugía General, consistiendo en *bypass* axilo-femoral izquierdo, sección de aorta infrarrenal, sutura del muñón proximal y ligadura de la rama izquierda de la prótesis; objetivando perforación de la cara posterior de la 3^a-4^a porción duodenal secundaria a intrusión de prótesis aórtica, se realizó maniobra de Cattell-Braasch, sección duodenal, exclusión pilórica y reconstrucción en Y de Roux. La paciente presentó como complicación posoperatoria (Clavien-Dindo IIIa) una colección abdominal que se solucionó con drenaje ecoguiado, evolución favorable con antibioterapia y alta al 29^o día posoperatorio.

Discusión: Las fístulas aortoentéricas están asociadas a alta morbimortalidad. Su presentación clínica más frecuente es la hemorragia digestiva en pacientes con aneurisma de aorta abdominal (conocido o no) y/o cirugía vascular previa, aunque también pueden cursar como sepsis, trombosis

del injerto con isquemia de miembros inferiores, o síntomas inespecíficos. El pronóstico depende de la celeridad del diagnóstico, del estado basal del paciente, del grado de infección y de la porción aórtica afecta. Así pues, el diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico agresivo son los pilares fundamentales para lograr buenos resultados en pacientes con esta patología.