



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-049 - A PROPÓSITO DE UN CASO: FISTULA ILÍACO-ENTÉRICA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE CIRUGÍA AÓRTICA

*Elvira López, Jordi; Hostench Junoy, Nuria; Olona Casas, Carles; Jorba Martín, Rosa; Pañella, Francesc*

*Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.*

### Resumen

**Introducción:** La fistula aorto-entérica es una complicación poco frecuente, pero con mal pronóstico, que puede suceder en aquellos pacientes con antecedentes de cirugía de aorta. En este artículo presentamos el caso de una variante poco frecuente, el caso de una fistula iliaco-entérica como presentación anómala de una complicación tardía de un paciente con antecedentes de cirugía de aorta.

**Caso clínico:** Paciente varón de 63 años de edad sin alergias conocidas, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, dislipemia, isquemia cerebrovascular, anemia multifactorial, hiperplasia benigna de próstata. En 2010 presentó un cuadro de diverticulitis aguda complicada que precisó sigmoidectomía urgente y posterior reconstrucción de tránsito. También destacaba como antecedente en 2012, un aneurisma de aorta infra-renal y un aneurisma de arteria iliaca izquierda por lo que se le había realizado de forma programada un bypass aórtico-bifemoral. El paciente acude en enero 2018 al servicio de urgencias con clínica de dolor abdominal súbito y fiebre de 39,7 °C. Se realizó TAC urgente que informó de cambios postquirúrgicos secundarios a bypass aórtico-bifemoral y segmento de íleon distal con engrosamiento parietal y burbujas de aire extraluminal rodeando la arteria hipogástrica derecha. Se orientó como infección protésica. Dada la situación clínica de estabilidad hemodinámica se decide cirugía urgente diferida. Se programa quirófano multidisciplinar con el equipo de cirugía vascular junto a equipo de cirugía general. Se realiza una incisión de laparotomía transversa iterativa. Se procedió a la anatomización de cavidad abdominal y a un control de aorta proximal a nivel infra-renal. Posteriormente se realiza una tunelización anatómica bi-inguinal, observando importante componente adherencial a nivel prótesis iliaca derecha en su tramo distal. Se observa intususcepción de la prótesis de Goretex®, a nivel iliaco, en íleon distal. Finalmente se consigue la disección, dificultosa, consiguiendo la separación anatómica del segmento ileal de 10 cm invaginado observando un desgarró lineal de dicho segmento. Dada la no-viabilidad del tramo intestinal se decide realizar resección intestinal con anastomosis mecánica. Posteriormente, se procede a la retirada de la prótesis bifurcada y se conforma un bypass axilo-bifemoral recuperando buenos pulsos femorales distales. Durante la revisión final de la cavidad abdominal se evidencia una isquemia de colon descendente. Se realiza resección de tramo isquémico y confección de colostomía terminal. Se decide el ingreso a la unidad de UCI para control evolutivo donde presenta buena evolución y es altado al 7º día a planta de hospitalización, y egreso domiciliario al día 20º de la cirugía.

**Discusión:** La fístula secundaria aorto-entérica (AEF) es una comunicación anormal entre la aorta y el sistema gastrointestinal. La mayoría de los casos es causada por la cirugía aórtica previa e implica afectación a nivel duodenal. Es una complicación rara pero potencialmente mortal descrita por primera vez por Brock en 1953. La reparación quirúrgica es compleja y a pesar de los avances quirúrgicos, presenta una tasa de mortalidad alta. Es una entidad con difícil diagnóstico y se necesita un alto índice de sospecha y equipo médico especializado.