



Hemorragia Digestiva de Etiología Atípica



Dr. Nicolás Martínez Fita, Dr. Marcelo Viola Malet, Dr. Nicolás Muniz, Dr. Fernando Bonilla, Dr. Manuel Sanguinetti, Dr. Justino Zeballos.



Servicio de Cirugía, Hospital Regional Copiapó, San José del Carmen. Copiapó-Chile
Clínica Quirúrgica "B", Hospital de Clínicas. Montevideo-Uruguay

INTRODUCCIÓN:

Las causas más comunes de HDA son la úlcera péptica, el sangrado de várices esofágicas, ectasia vascular, trauma y el Mallory-Weiss. Menos frecuentes son la lesión de Dieulafoy, sangrado de tumores, enfermedades ulcerantes del intestino delgado y la fístula entérica en la aorta debido a Aneurisma de Aorta Abdominal.

Las fístulas traumáticas intestinales son generalmente post quirúrgicas y entero-cutáneas; raramente lo son entero-arteriales. Éstas se clasifican en primarias y secundarias, cuando hay cirugías, radioterapia o traumatismos. Las más frecuentes son las secundarias con la aorta.

Las fístulas aorto-entéricas primarias a menudo implican la tercera y cuarta porción del duodeno (90%) y menos a menudo colon descendente (5%) y el yeyuno e íleon.

CASO CLÍNICO:

Mujer 47 años, sobrepeso. Ingres a emergencia por shock hipovolémico en anemia aguda. Dolor y distensión abdominal, hematemesis.

30 días antes, trauma cerrado de abdomen con lesión intestinal y desgarramiento mesial, que requirió resección ileal con anastomosis término-terminal. Se inicia reanimación en Cuidados Intermedios.

PARACLÍNICA:

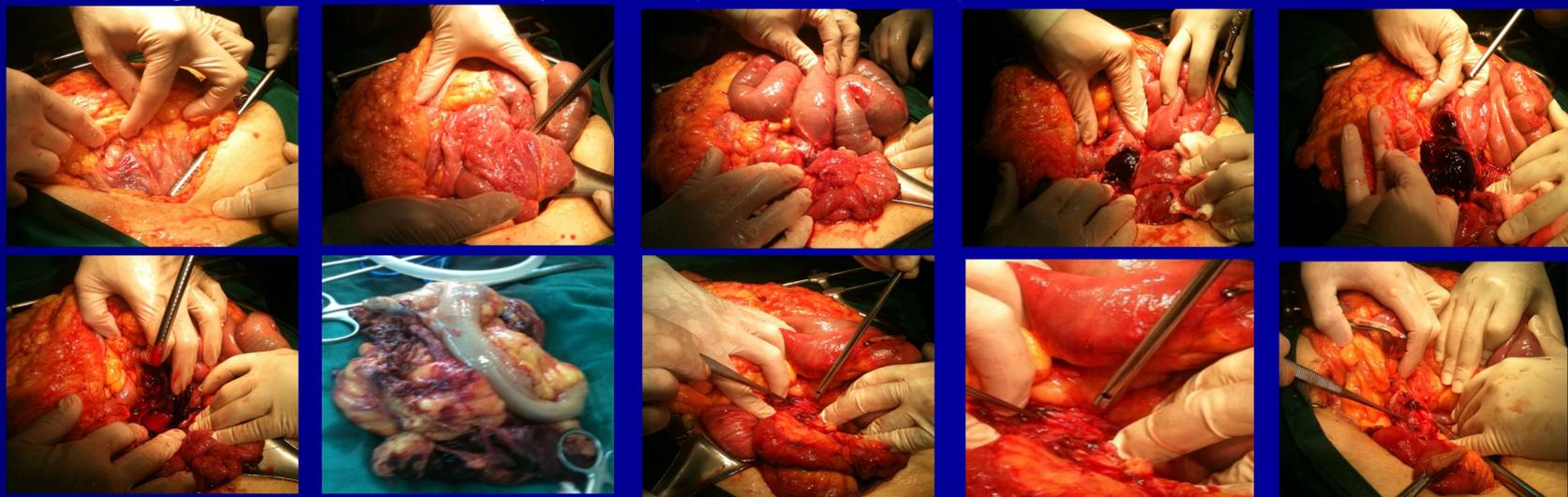
FGC: Esófago sano, estómago lleno de coágulos frescos, pero sin lesiones evidentes en esas condiciones y duodeno sin lesiones.

TC Abdomino-Pélvica



TRATAMIENTO:

Se decide realizar laparotomía de emergencia con el diagnóstico preoperatorio de fístula arterio-enteral. Laparotomía exploradora, que evidenció plastrón inflamatorio de asas delgadas y fístula entero-mesentérica. Control del daño; reparación arteria mesentérica y resección del plastrón inflamatorio intestinal. Ligadura cabos intestinales. Laparostomía (abdomen contenido).



Se reinterviene la paciente a las 12hs, una vez estabilizada; realizándose toilette peritoneal, comprobando ausencia de sangrado activo. El remanente de intestino delgado era de unos 2 metros aproximadamente y ambos cabos estaban vitales, por lo que se realiza una entero-entero anastomosis término-terminal, con interposición de epiplón mayor pediculizado entre ésta y la sutura vascular previa.



EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA:

La paciente se reinterviene a los 7 días por evidencia de líquido libre peritoneal en una TC, destacándose que era líquido citrino y no había dehiscencia anastomótica. Permaneció en ARM por neumonía del ventilador. Otorgándose el alta sin complicaciones quirúrgicas.

DISCUSION: Generalmente, las fístulas son el producto de una lesión o cirugía, pero también pueden resultar de infección, radioterapia o inflamación. La presentación de una fístula entero-mesentérica como HDA es excepcional, y se debe a la obstrucción distal relativa, con llegada retrograda de sangre al estómago.

La realización de una TC abdominal con contraste intravenoso es la prueba preferida para el diagnóstico.

La tríada de la muerte, acidosis, hipotermia y coagulopatía, son indicación de cirugía de control del daño, pretendiendo lograr la estabilización del paciente con las mínimas medidas, para luego realizar el tratamiento definitivo una vez logrado dicho objetivo.

Destacamos que no hemos encontrado en la bibliografía casos similares al reportado, una fístula mesentérico-ileal secundaria a pseudoaneurisma traumático.