

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTE VIH

Servicio de Angiología y Cirugía
Vascular
Hospital Xeral-Cíes
CHUVI



Caso clínico:

- **Mujer, 47 años**
- **No AMC**
- **VIH + (carga viral previa al ingreso = 769 copias/ml)**
- **VHC +**
- **Masa laríngea granulomatosa no neoplásica**
- **IQ's: Histerectomía por Ca. de cervix hace 13 años**

Ingresa a Urgencias traída por 061 por cuadro de síncope y pérdida de control de esfínteres en la vía pública

Caso clínico:

Pruebas complementarias:

- Hemograma: 2.920.000 GR/mm³ Hto: 29.3
7840 GB con 28.9 % neutrófilos 65% linfocitos
- Bioquímica: Glucemia 312 mg/dl
Urea 48 mg/dl
Creatinina 1.20 mg/dl
Na⁺: 138
K⁺: 3.7
- Rx. de tórax y abdomen: sin datos de interés
- Screening de drogas de abuso: negativo

Caso clínico:

Ex. Físico:

- GCS: 15
- Frecuencia cardíaca: 140 lpm
- Presión arterial: 80/40 mmhg
- Frecuencia respiratoria: 27 rpm
- SNG: abundante sangre roja
- Melena abundante y líquida

Se administran cristaloides + coloides consiguiendo estabilidad hemodinámica

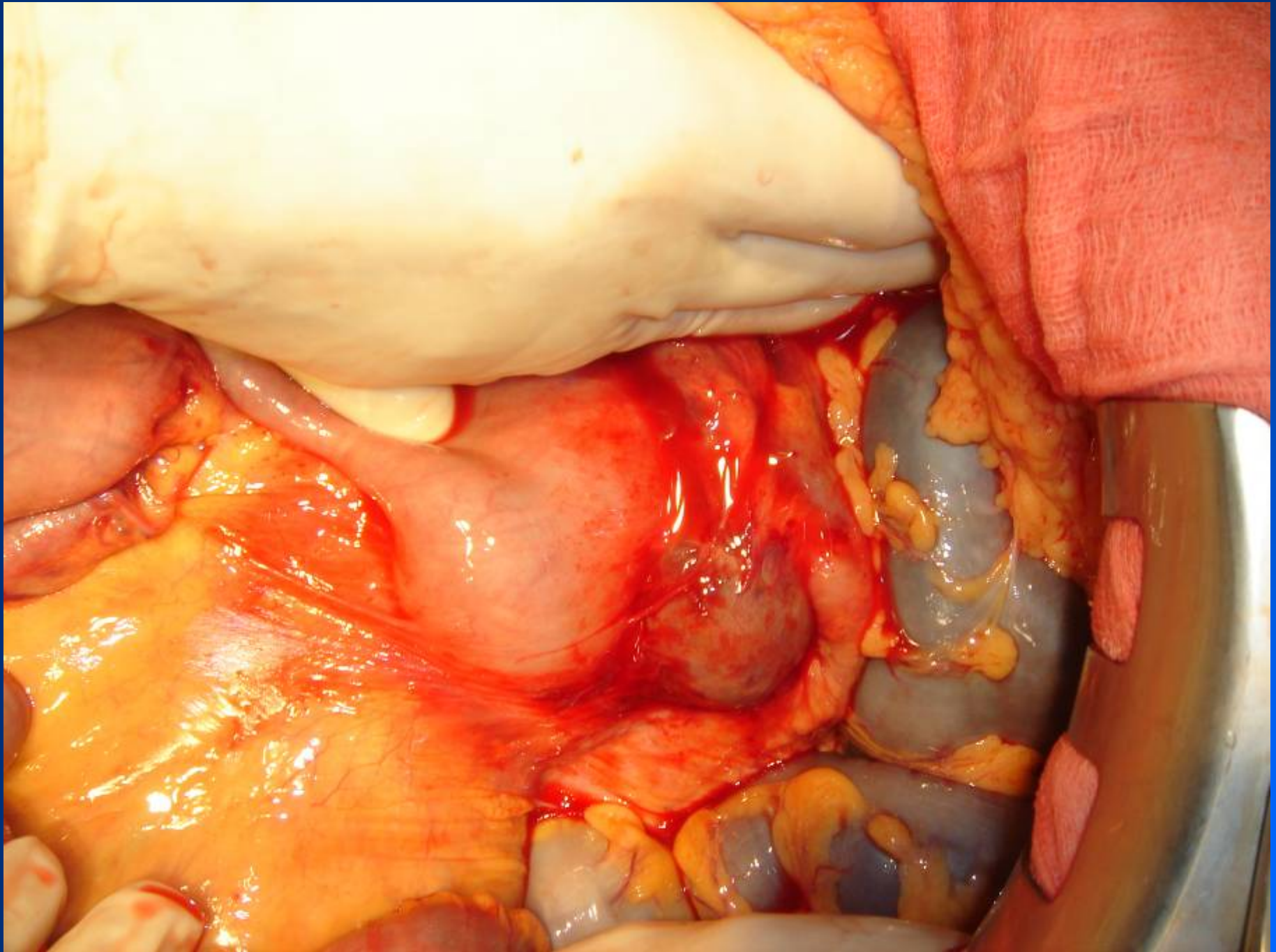
Endoscopia urgente

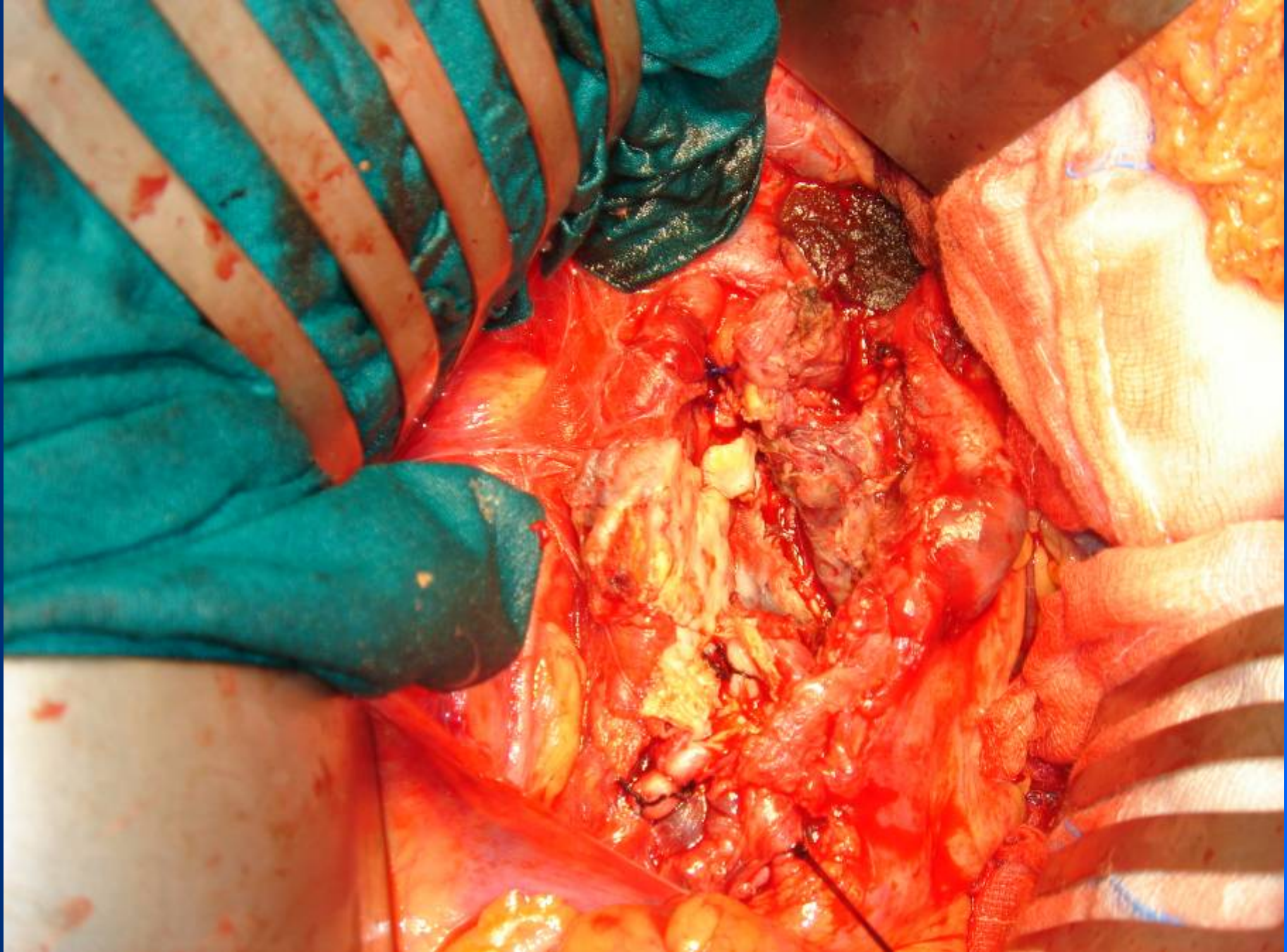
Caso clínico:

E.G.D.C.: gran cantidad de sangre en fundus gástrico no visualizando el origen del sangrado

Inestabilidad hemodinámica en AUMENTO

Laparotomía Exploratoria Urgente por Cirugía General





Caso clínico:

Intraoperatorio:

- Inestabilidad hemodinámica
- Hto: 15 a pesar de politransfusión
- Necesidades elevadas de soporte farmacológico

Caso clínico:

Reanimación:

- IOT prolongada + traqueostomía. Apoyo hemodinámico prolongado
- Mala perfusión distal de MII, que no mejora con trombectomía (48 hs PO) precisando amputación IC (72hs PO)
- Fiebre mantenida, hallazgos sugestivos de pancreatitis aguda a los 14 días PO, con relaparotomía y laparostomía con VAC + yeyunostomía, con cierre definitivo a los 31 días PO. Aislamiento de *Cándida Albicans* en líquido abdominal.
- Hematoma de pared abdominal sobreinfectado por *Stafilococo* – *Enterococo*
- VIH carga viral 1.950.000 copias/ml máximo. CD4 43.2
- Derrame pleural mas lesión alveolar bilateral (Distress) + Sobreinfección por *stenotrophomona malthofilia*
- Úlcera sacra contaminada con *Pseudomona Aeruginosa* MR
- Antibioticoterapia sistémica según cultivos

- Dada de alta de REA a los 60 días PO a planta de Neumología

Caso clínico:

En planta:

- TAC con colecciones intraabdominales a nivel de muñón aórtico, en ciego y en pared abdominal anterior que se drenan por RxI con cultivo positivo para Candida Albicans y Enterococo Faecium.
- Ecocardiograma: FEVI conservada, imagen compatible con vegetación en raíz de Aorta
- Serología: Salmonella, Sífilis y Fiebre Q negativos
- Evolución satisfactoria de infección respiratoria
- Antibioticoterapia sistémica
- Gammagrafía sin acúmulos a nivel abdominal
- Sdme. Depresivo reactivo

Alta hospitalaria a los 120 días del ingreso.

Actualmente en Seguimiento en CCEE de C. Vascular y Neumología.
Realizó rehabilitación para su AIC.

Discusión

FAE

Historia:

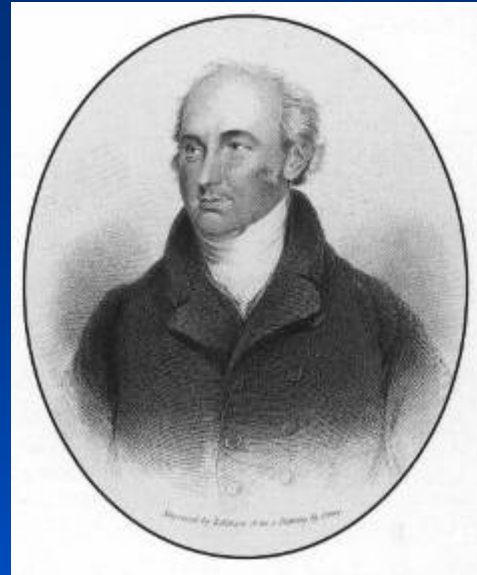
Sir Astley Cooper 1829

Solomon 1843

Brock 1953 (FAE 2º)

1954-8 Introducción de la solución quirúrgica por Zencker y Herberer

Mc Kenzie (FAE 2º)



Clasificación: 1º sin intervención quirúrgica aórtica previa
2º complicación de cirugía aórtica

Incidencia (1): 1º 0.04-0.07% (hasta 2004, 332 casos documentados)(2)
2º 0.4 %

Relación h/m 3:1 (=AAA)

1- Ernst CB, Rothstein J, Goldstone J. Current therapy in vascular surgery 2001.

2- Lemos DW, Raffetto JD, Moore TC, Menzoian JO. Primary aortoduodenal fistula: a case report and review of the literature. J Vasc Surg 2003; 37: 686-9

Discusión

Anatomía⁽³⁾:

- 1º 80% 3-4º porción duodenal por ubicarse en íntimo contacto con cara anterior aórtica, esófago, i. delgado, colon, estómago
- 2º zona de sutura del injerto protésico

Etiología⁽⁴⁾:

- 1º Previa a la era ATB – origen infeccioso (sífilis, TBC, aneurismas micóticos), actualmente por AAA arterioscleróticos 70% o más, casos raros por úlcera péptica, apendicitis, colelitiasis, carcinomas, radiación, trauma, y cuerpos extraños
- 2º post IQ, generalmente injertos de Dacron infectados o no (generalmente flora cutánea)

3- Kashyap V, O'Hara P. Fístulas Aortointestinales. Rutherford – Cirugía Vasculat 2006 : 902-915

4- D'Adatto M, Freyre A. Fístulas Aortoentéricas. Tratado de aneurismas 1997: 319-334

Discusión

Fisiopatología

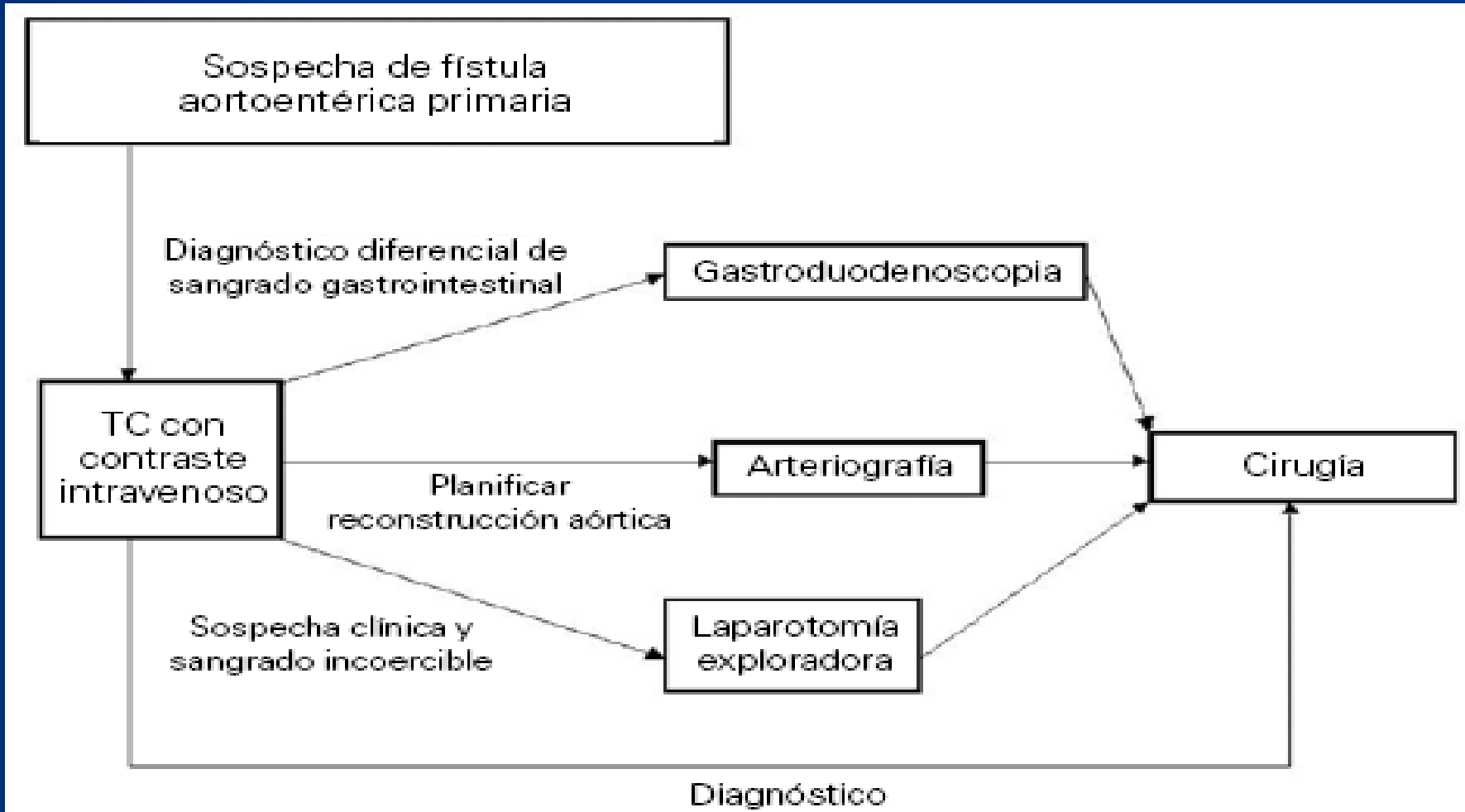
Proceso inflamatorio local
+
erosión mecánica por flujo pulsátil aórtico
+
cuadro séptico 1º o 2º

Clínica⁽⁵⁾

- Tríada típica: dolor abdominal + hemorragia gastrointestinal + masa palpable abdominal (11%)
- Hemorragia (70%) -GI masiva 5%
 - Historia de sangrado GI intermitente, seguido de sangrado masivo
- Infección: cuadro inespecífico
- Trombosis del injerto

Discusión

DIAGNOSTICO⁽⁶⁾



Discusión

TRATAMIENTO

Soporte vital en casos de hemorragia masiva
Según estado hemodinámico

- *laparotomía exploratoria*
- *quirúrgico urgente/preferente*

Estrategias

- Reparación in situ: -con prótesis cubiertas de ATB, solo si no hay signos de infección local. Colocación de tejido sano (epiplón) no infectado entre la línea de sutura arterial y la intestinal o “Y” de Roux
 - reparación con venas MMII – homoinjerto arterial
- Reparación extraanatómica: Axilobifemoral, tradicionalmente de elección, indicada en campos muy contaminados y FAE 2º.
- Endovascular: actualmente pocos casos documentados. La mayoría lo aceptan como puente hasta la reparación definitiva y como prevención de sangrado masivo en paciente estable.

Conclusión

- FAE 1º entidad muy poco frecuente
 - Mortalidad elevada
 - Diagnóstico post-mortem
 - Clínica poco específica
- No casos en pacientes VIH
- Tipo de paciente especial – Inmunodepresión
 - Importantes complicaciones infecciosas
 - Ausencia de germen desencadenante



MUCHAS GRACIAS

FELIZ 2008