

<b>Caso</b>	(189) Fístula aorto-entérica secundaria
<b>Autores</b>	Leire Altuna Mongelos, Andrea Valero Maciá, Klara Zabala Antxia, Jose Padilla Prada, Ignacio Hernández Sastre, Elena Diez Lasheras
<b>Centro</b>	Hospital Universitario De Alava

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Hombre de 77 años con antecedente de aneurisma de aorta abdominal intervenido con colocación de injerto aorto-aórtico de Dacron hace cinco años, que ingresa a cargo del Servicio de Digestivo por vómitos con restos hemáticos, malestar epigástrico y síndrome constitucional. Se solicita Angio-TC urgente por rectorragia y hematemesis franca al siguiente día del ingreso, con anemia e hipotensión secundaria.

Se le realiza Angio-TC abdominal multifásico (sin CIV, arterial, venosa y tardía). Se identifica el aneurisma de aorta abdominal infrarrenal excluido mediante endoprótesis. Se visualizan múltiples burbujas de gas ectópico en el saco aneurismático con trabeculación de la grasa periaórtica, identificando en la cara anterior del mismo, a nivel de L2-L3, una imagen pseudodiverticular / trayecto con burbujas aéreas en su interior que contacta con la cara posterior de la 3ª porción duodenal (Figuras A y B).

También se objetiva un trombo mural con altos valores de atenuación en el estudio sin CIV que aumenta de densidad tras la administración de CIV, sin identificar clara extravasación de CIV al saco aneurismático (Figuras C y D).

## DISCUSIÓN

Estos hallazgos en conjunto, son sugestivos de sangrado aórtico al interior del saco aneurismático con imagen compatible con fístula aorto-entérica secundaria a la 3ª porción duodenal, si bien no se demuestra extravasación de contraste que sugiera sangrado activo.

Las fístulas aorto-entéricas son comunicaciones patológicas entre la aorta y el tracto gastrointestinal de predominio a la 3ª y 4ª porciones duodenales y son una causa de hemorragia gastrointestinal poco frecuente. Pueden considerarse primarias cuando se asocia a aneurisma aórtico complicado sin que exista un antecedente quirúrgico sobre la aorta o secundarias cuando se asocia a reparaciones con injerto aórtico. Éstas suelen ocurrir como consecuencia de una infección periprotésica avanzada que junto con la pulsatilidad de la aorta sobre el intestino favorecen la aparición de la misma.

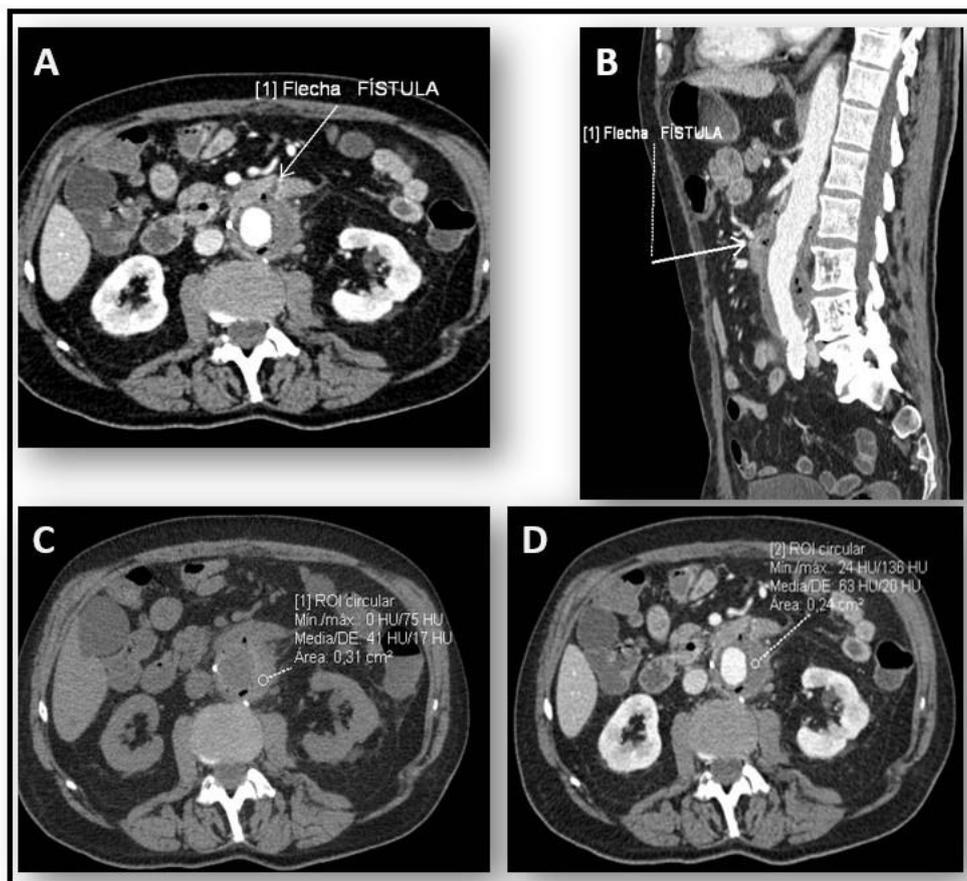
Los signos en la TC incluyen engrosamiento de tejido de partes blandas y trabeculación de la grasa en región periaórtica, formación de un pseudoaneurisma, presencia de gas ectópico en los tejidos adyacentes o en el saco aneurismático, extravasación de contraste intravenoso hacia la luz intestinal, rotura del saco aneurismático, estigmas de sangrado reciente en el tubo digestivo (coágulos) o

incluso la visualización del trayecto fistuloso con burbujas aéreas desde el intestino a la aorta.

Como diagnóstico alternativo hay que contemplar principalmente la posibilidad de una infección periprotésica sin fístula, cambios post-quirúrgicos (puede haber cambios hasta 1-3 meses después) o aneurisma infectado (micótico).

## CONCLUSIÓN

La fístula aorto-enterica es una causa poco frecuente de sangrado digestivo, pero hay que tenerla en cuenta sobre todo en pacientes con antecedentes quirúrgicos aórticos. Es importante conocer los signos radiológicos que ayuden a su diagnóstico, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica.



*Figuras A y B) Cortes axial y sagital de la TC abdominal en fase venosa donde se identifican el trayecto fistuloso que va desde el saco aneurismático a la 3ª porción duodenal, las burbujas aéreas periprotésicas y la trabeculación de la grasa. Figuras C y D) TC abdominal sin CIV donde se identifica un hematoma mural en el saco aneurismático de alta densidad (41 UH) que aumenta de densidad en la fase venosa (63 UH).*

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Siva P Raman, Aya Kamaya, Michael Federle. Aortoenteric fistulas: spectrum of CT findings. Springer Science + Business Media. 2012; 367-375. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00261-012-9873-7.pdf>
- Quan D. M. Vu, Christine O. Menias, Sanjeev Bhalla. Aortoenteric Fistulas: CT Features and potential mimics. Radiographics. 2009; 197-209. <https://doi.org/10.1148/rg.291075185>