

Caso	(368) Fístula iliaco-sigmoidea
Autores	Gloria Giraldo Alfaro, Ángela Fernández López, Manuel Martínez Villalba, Isabel Esther Lizarán Parra, Irene Pérez Saus, Mónica Campos Pérez
Centro	Hospital General Universitario De Albacete

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente varón de 72 años, ingresado a cargo del Servicio de Urología por sepsis urinaria, que presenta dolor abdominal difuso de días de evolución y, en las últimas 24 horas, tres episodios de rectorragia, siendo el último de ellos masivo con inestabilidad del paciente.

Como antecedentes personales destaca: carcinoma urotelial en 2015 tratado con cistectomía y Bricker, con recaída en 2018 apareciendo una masa de partes blandas rodeando los vasos ilíacos izquierdos y obstruyendo el uréter izquierdo, que es tratado mediante quimioterapia y radioterapia, así como catéter J-recto ipsilateral.

De acuerdo a los síntomas del paciente, se solicita angio TC abdómino-pélvico, observando en fase arterial una fuga activa de contraste intravenoso desde la arteria iliaca externa al sigma, en la región de la recidiva tumoral, con burbujas de gas extraluminal.

Se diagnostica de fístula aortoentérica y se decide colocación endovascular de prótesis cubierta en arteria ilíaca común-externa izquierda por parte de Radiología Intervencionista, con exclusión de la fístula.

Se realiza control con TC a las 24 horas, identificando la permeabilidad de la prótesis, sin extravasación de contraste.

DISCUSIÓN

Una fístula aortoentérica (FAE) es una comunicación fistulosa entre la aorta (o eje aorto-ilíaco) y el tubo digestivo, fundamentalmente el duodeno, siendo una causa rara de hemorragia digestiva con mortalidad elevada (30-85%). Pueden ser primarias, más raras, o secundarias. La FAE primaria es la que se produce desde una aorta nativa, sin cirugía previa, siendo la causa más frecuente (90%) un aneurisma aterosclerótico. Otras causas menos frecuentes son: aortitis, radioterapia, impactación de cuerpos extraños, enfermedades del tejido conjuntivo vascular o neoplasias gastrointestinales de vecindad, entre otras. La FAE secundaria es la que se produce como complicación de una cirugía aórtica, sin y con prótesis.

Ante la sospecha clínica, se debe realizar un angio-TC con tres fases (basal, arterial y tardía).

Nuestro caso se trata de una FAE primaria entre la arteria ilíaca externa izquierda y el sigma, causada por tratamiento radioterápico regional.

La forma de presentación es la hemorragia digestiva que puede ser oculta, intermitente o masiva, como en el caso de nuestro paciente.

El diagnóstico se realiza en base a la clínica, la endoscopia y la angio-TC.

Existen hallazgos en la angio-TC que, junto a la clínica nos deben hacer sospechar que nos encontramos ante un FAE:

Fuga de contraste intravenoso a la luz intestinal (signo patognomónico) o presencia de contraste oral en el espacio periaórtico.

Estigmas de sangrado reciente en el tubo digestivo.

Trabeculación de la grasa y aumento de partes blandas adyacentes al vaso.

Engrosamiento parietal o hematoma mural del asa intestinal en contacto con el vaso.

Burbujas de gas en los tejidos adyacentes o en el interior del vaso.

Aneurisma/pseudoaneurisma o úlcera penetrante.

CONCLUSIÓN

La FAE es una entidad poco frecuente, pero presenta una morbimortalidad elevada, siendo imprescindible un diagnóstico y tratamiento urgentes, por lo que, ante la sospecha clínica, el radiólogo debe realizar un estudio adecuado (angio-TC), y estar familiarizado con los hallazgos radiológicos de esta entidad.

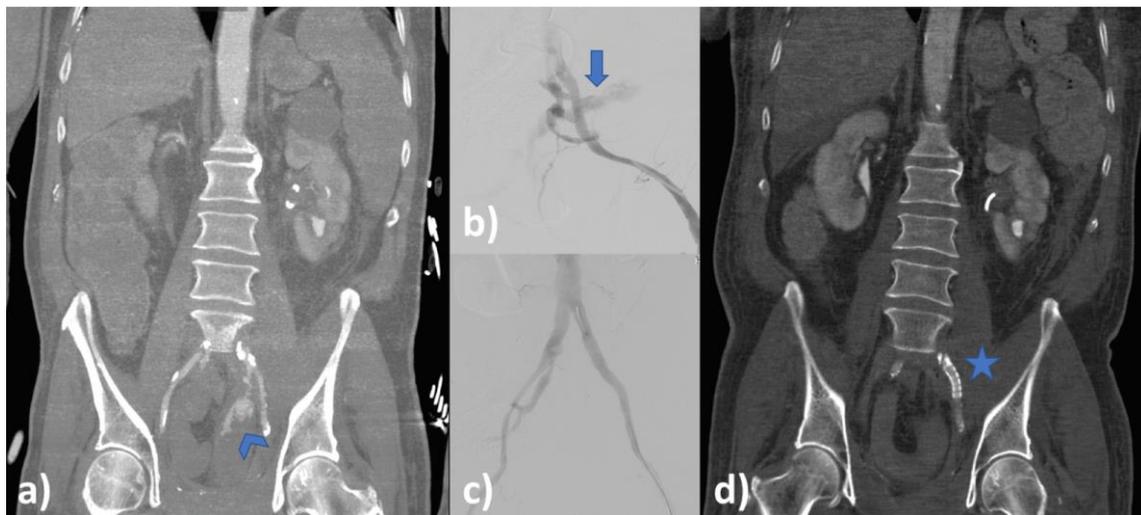


Figura 1. a) Corte coronal de angio TC abdominal en fase arterial donde se observa fuga activa de contraste intravenoso desde la arteria iliaca externa izquierda hacia un asa de sigma (cabeza de flecha); b) Arteriografía pélvica que muestra la fuga desde la arteria iliaca común izquierda y la extravasación dentro del asa intestinal (flecha); c) Arteriografía tras la colocación de la prótesis en arteria ilíaca común con extensión hacia la externa, observando exclusión de la fístula. También fue necesario excluir la arteria hipogástrica dada la cercanía de la fístula a la bifurcación de la iliaca común; d) Corte coronal de TC abdominal 24 horas tras la colocación de la prótesis, identificando la correcta colocación de la misma, sin observar fugas de contraste (estrella).

BIBLIOGRAFÍA

Buks JA, Faries PL, Gravereaux EC, Hollier LH, Marin ML. Reparación endovascular de fístulas aortoentéricas sangrantes: una experiencia de 5 años. *J Vasc Surg*, 34. 2001; 34: 1055-9.

<http://dx.doi.org/10.1067/mva.2001.119752>

Vu QD Quan, Menias CO, Bhalla S, Peterson C, Wang LL, Balfe DM. Fístulas aortoentéricas: características de la TC y posibles imitaciones. *Radiografía*. 2009; 29: 197-209.

<https://doi.org/10.1148/rg.291075185>

Raman SP, Kamaya A, Federle M, Fishman EK. Fístulas aortoentéricas: espectro de hallazgos en la TC. *Imagen abdominal*. 2013; 38: 367-375.

<https://doi.org/10.1007/s00261-012-9873-7>

Artigas JM, et al. Angiografía por TC con multidetectores para el sangrado gastrointestinal agudo: técnica y hallazgos. *Radiografía*. 2013; 33: 1453-1470.

<https://doi.org/10.1148/rg.335125072>