

<b>Caso</b>	(372) Fistula aortoentérica: si no lo veo, no lo creo
<b>Autores</b>	María Luque Cabal, Carmen Niño Rojo, Marta Álvarez García, Mariola Hernández Herrero, Cristina Mostaza Sariñena, Marcelino Mendo González
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Río Hortega De Valladolid

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 80 años, intervenido en 2011 por aneurisma aórtico infrarrenal con injerto de Dacron.

Ingresa en mayo/2019 por melenas, con anemia ferropénica secundaria, visualizándose en gastroscopia una lesión sangrante en segunda porción duodenal, esclerosada con éxito. El paciente reingresa una semana después por nueva hemorragia digestiva, sin sangrado activo en la endoscopia. Aunque no refería fiebre, ante leucocitosis persistente se realizó TC torácico-abdominal, demostrando leve dilatación aneurismática de la aorta abdominal infrarrenal, con cambios inflamatorios en el tejido periaórtico, sin extravasación de contraste. Se sugirió una aortitis inflamatoria/infecciosa, sin poder descartar fístula aortoentérica intermitente, aunque cirugía vascular no consideró probable dicho diagnóstico. El paciente presentó 4 nuevos episodios hemorrágicos en los meses siguientes, persistiendo los hallazgos en TC, con SPECT/TC con leucocitos marcados también compatible con aortitis infecciosa. En marzo/2020, tras nuevo episodio, la TC mostró aparición de una burbuja de gas en el tejido inflamatorio periaórtico y extravasación de contraste a 3ª porción duodenal, confirmándose la existencia de una fístula aortoentérica. Fue intervenido de urgencia, realizándose exéresis de prótesis y reconstrucción con injerto venoso, pero evolucionó desfavorablemente en el postoperatorio y falleció a las 24 horas de la intervención.

## DISCUSIÓN

Existen dos tipos de fístula aortoentérica: primarias y secundarias. Las primeras son infrecuentes, consisten en una comunicación entre la aorta nativa, a nivel de un aneurisma aterosclerótico o micótico, con un segmento intestinal adyacente, en un paciente sin trauma ni cirugía previos. Las secundarias suelen tener antecedente quirúrgico por aneurisma de aorta abdominal, con o sin implantación de prótesis. La comunicación se produce mayoritariamente con las dos últimas porciones del duodeno y viene precedida de la infección del segmento intervenido. Dicha infección puede producirse varios años después de la cirugía y manifestarse radiológicamente como una aortitis, con engrosamiento de la pared aórtica que mostrará hipermetabolismo en PET o migración leucocitaria en SPECT con leucocitos marcados, o como un aneurisma infeccioso, generalmente sacular, también con cambios inflamatorios en los tejidos adyacentes, que pueden incluir pequeñas colecciones con o sin gas. Pueden existir también manifestaciones asociadas, como osteoartropatía hipertrófica, embolismos viscerales periféricos o espondilodiscitis.

La aparición de dolor abdominal, sepsis y sangrado digestivo, aunque sea escaso, en un paciente con prótesis aórtica, debe hacer sospechar esta complicación. Puede

debutar como un episodio de hemorragia masiva o venir precedido de episodios de sangrado autolimitado.

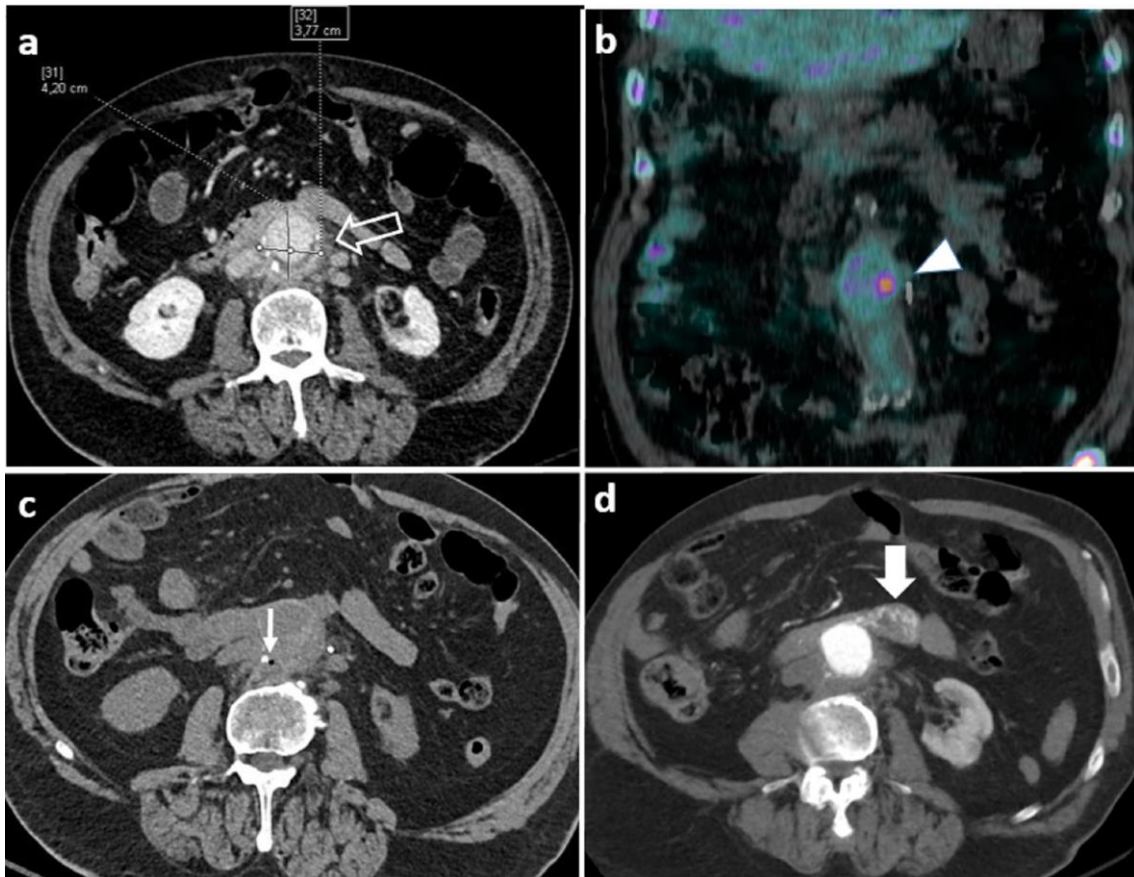
La TC abdomino-pélvica con un protocolo multifásico (sin contraste / contraste intravenoso en fase arterial / fase portal a los 80 s), sin contraste oral y cortes finos es la exploración más eficaz en caso de sospecha.

La distinción entre una infección protésica aislada y una fístula puede ser compleja. Los hallazgos altamente sospechosos de fístula son: presencia de burbujas de gas en una colección periprotésica; engrosamiento y/o retracción de la pared intestinal en contacto con la prótesis; existencia de un falso aneurisma; extravasación de contraste a la luz intestinal (patognomónico).

El manejo terapéutico requiere antibioterapia intensiva y cirugía en todos casos, siendo su mortalidad elevada (50-100%).

## **CONCLUSIÓN**

La presencia de dolor abdominal, hemorragia digestiva y parámetros clínico-analíticos de infección en un paciente con antecedente de cirugía aórtica, en ausencia de foco de sangrado claro en endoscopia, debe hacer sospechar la existencia de una fístula aorto-entérica. Los hallazgos confirmatorios en imagen, como la extravasación de contraste, no siempre se logran visualizar, por lo que la integración de hallazgos más sutiles con los datos clínicos es fundamental.



(a) TC abdomino-pélvico con CIV de mayo de 2019, adquisición en fase portal, corte axial. Engrosamiento e hipercaptación de la pared de la aorta abdominal infrarrenal, que presenta una dilatación aneurismática fusiforme (diámetros en plano axial: 3,7 x 4,2 cm) con aumento de densidad de la grasa periaórtica y adenopatías paraaórticas izquierdas reactivas (flecha hueca). (b) SPECT/TC con leucocitos marcados de enero de 2020, corte coronal. Aumento de la migración leucocitaria a nivel de la pared de la aorta abdominal infrarrenal (punta de flecha), sugerente de aortitis inflamatoria/infecciosa). (c) TC abdomino-pélvico de marzo de 2020, sin contraste intravenoso, corte axial. Pequeña burbuja de gas extraluminal (flecha fina) periaórtica. (d) TC abdomino-pélvico de marzo de 2020, con contraste intravenoso en fase arterial. Extravasación del contraste intravenoso a la luz de la 3ª porción duodenal, confirmando la existencia de una fístula aortoentérica.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1: Lee SM, Lai YK, Wen WD. Aortoenteric fistula secondary to an Inflammatory Abdominal Aortic Aneurysm. J Radiol Case Rep 2019;13(9):8-27. doi:10.3941/jrcr.v13i9.3746.
- 2: Mathias J, Mathias E, Jausset F. Aorto-enteric fistulas: a physiopathological approach and computed tomography diagnosis. Diagn Interv Imaging 2012;93(11):840-51. doi: 10.1016/j.diii.2012.07.003.
- 3: Wong JC, Taylor DC, Byrne MF. Aortoduodenal fistula: not always bleeding. Can J Gastroenterol 2013; 27(8):444. doi:10.1155/2013/957193.
- 4: Raman SP, Kamaya A, Federle M.. Aortoenteric fistulas: spectrum of CT findings. Abdom Imaging 2013; 38(2):367-75. doi:10.1007/s00261-012-9873-7.