

Caso	(041) Fístula aorto-entérica como complicación de prótesis vascular
Autores	Candela Anadón Gallardo, Adriana Álvarez Zozaya, Irene Moreno Ochoa, Elvira Ubis Rodríguez
Centro	Hospital San Pedro, Logroño

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 82 años que acude a Urgencias por alteración analítica con cuadro de dolor lumbar, astenia y anorexia de varios meses de evolución. Como antecedente de interés presenta aneurisma de aorta abdominal intervenido con implante de endoprotesis aorto-bi-iliaca 2 años antes. En analítica destaca leucocitosis, aumento de PCR, anemia (Hb 7), hematocrito 22% y aumento de plaquetas.

Como primera prueba de imagen se realiza una radiografía simple de abdomen, donde se observa una alteración de la morfología de la prótesis aorto-bi-iliaca, por lo que se completa estudio con TCMD. Se identifica una alteración del saco aneurismático con fragmentación de su pared calcificada, más marcado en el margen anterolateral derecho donde está en íntimo contacto con tercera porción duodenal con presencia de burbujas aéreas en el interior del saco aneurismático, siendo estos hallazgos compatibles con fístula aortoentérica.

Se acompaña de importante rarefacción de tejidos blandos perianeurismáticos con extensión perivertebral hasta ambos psoas lumbares, que mostraban hallazgos de abscesificación al igual que en región periaórtica. El paciente fue intervenido de urgencia donde se objetivaron dos orificios en duodeno hacia el saco con material purulento y abundante trombo sin sangrado activo.

DISCUSIÓN

La fístula aortoentérica es una comunicación anómala entre la aorta y el tracto gastrointestinal. Aunque es una patología infrecuente se asocia a alta mortalidad por lo que requiere diagnóstico e intervención urgente.

Se clasifican en primarias y secundarias. Las primarias son espontáneas, sin intervención quirúrgica previa sobre la aorta, en relación con patología aórtica (aneurismas) o del tracto digestivo. Las secundarias son más frecuentes y surgen como complicación de una cirugía reconstructiva de la aorta abdominal con o sin colocación de material protésico. Suelen producirse a consecuencia de una infección periprotésica avanzada en un periodo de 2 semanas a 10 años después de la cirugía.

Ambas suelen darse en la 3^o-4^o porción duodenal, aunque pueden ocurrir en cualquier otra localización del tubo digestivo.

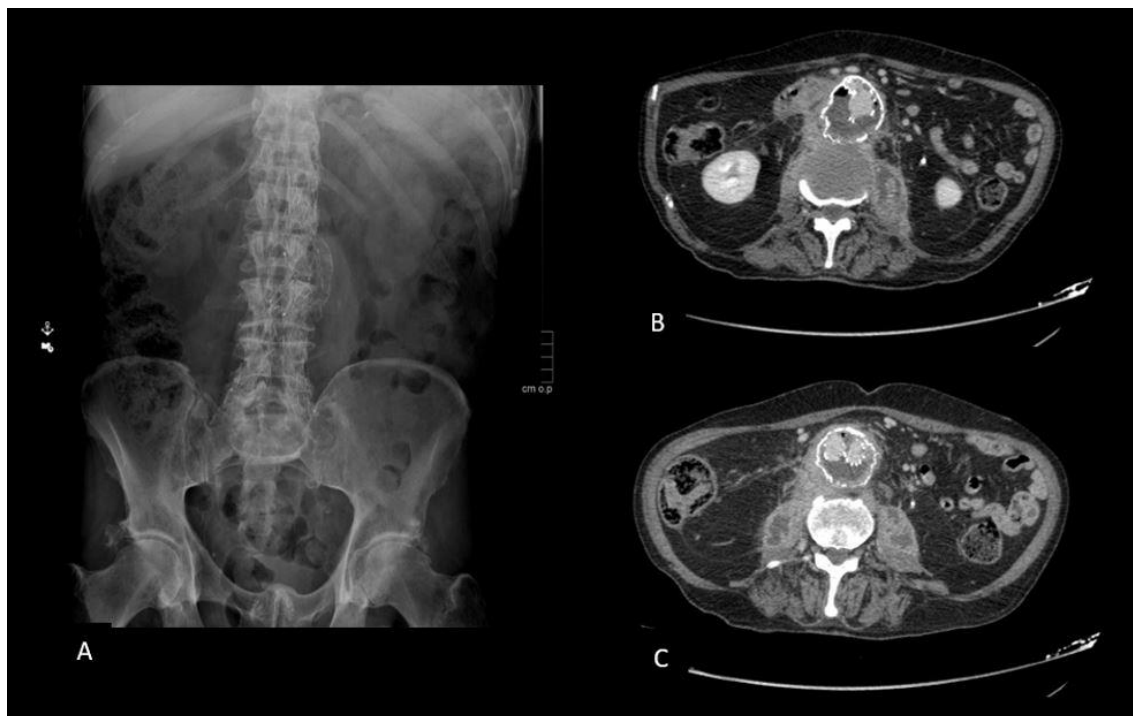
Se presentan frecuentemente con hemorragia digestiva alta o baja, pudiendo tener otras manifestaciones clínicas muy variadas: sepsis, dolor abdominal, dolor de espalda, masa abdominal pulsátil o síncope.

El TCMD es la técnica de imagen de elección para su diagnóstico y la extravasación de contraste intravenoso a la luz intestinal es el signo radiológico más específico.

En diagnóstico diferencial debe realizarse con la infección periprotésica sin fístula, aneurismas micóticos infectados, fibrosis perianeurismática y cambios en el postoperatorio inmediato después de la colocación de un injerto.

CONCLUSIÓN

La fístula aortoentérica es una patología poco común pero importante por su alta mortalidad que requiere de un diagnóstico y tratamiento quirúrgico urgente. El radiólogo debe conocer los hallazgos más específicos, así como otras patologías que pueden suponer un reto para su diagnóstico siendo la TCMD la prueba diagnóstica de elección.



A. Radiografía de abdomen. Alteración morfológica de la prótesis aortobiliáca en su tramo abdominal. B. Alteración del saco aneurismático y fragmentación de la pared calcificada, más marcado en el margen anterolateral derecho donde se aprecia íntimo contacto con tercera porción duodenal apreciando varias burbujas aéreas en el interior del saco aneurismático, hallazgos compatibles con fístula aortoentérica. C. Rarefacción de tejidos blandos perianeurismáticos con extensión perivertebral hasta ambos psoas lumbares que muestran en su interior colecciones hipodensas con realce periférico sugestivas de abscesificación.

BIBLIOGRAFÍA

- Vu QD Quan, Menias CO, Bhalla S, Peterson C, Wang LL, Balfe DM. Aortoenteric Fistulas: CT features and Potential Mimics. Radiographics 2009; 29:197-209.
- Raman SP, Kamaya A, Federle M, Fishman EK. Aortoenteric fistulas: spectrum of ct findings. Abdominal Imaging (2013) 38:367-375.
- Eisman-Hidalgo M, Núñez-Delgado Y, Carrasco-Chichilla L, et-al. Fístulas aortoentéricas una causa infrecuente de hemorragia digestiva baja: hallazgos por tomografía computerizada. Rapd online 2012;35(1):73-75.