

Caso	(416) Fístula aorto-entérica secundaria a cirugía aórtica
Autores	Tania Díaz Antonio, Elena Jiménez Rodríguez, Ana Rodríguez Molina
Centro	Hospital Universitario Virgen De La Victoria

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 79 años que consultó en el Servicio de Urgencias por mal estado general y deposiciones melénicas de varios días de evolución. A destacar entre sus antecedentes que fue intervenido de endoprótesis aórtica abdominal por aneurisma hace años. El estudio analítico de urgencias reveló una anemia severa con leucocitosis y proteína c reactiva (PCR) elevada. Ante la sintomatología referida se realizó endoscopia digestiva alta que resultó negativa. Por ello, se realizó AngioTC de abdomen en donde se observó una pérdida del plano de separación aortodudodenal con gas periprotésico y endofuga en saco aneurismático. El paciente falleció por shock hipovolémico.

DISCUSIÓN

Las fístulas aortoentéricas secundarias (FAEs) a cirugía aórtica se producen por decúbito de un asa sobre la prótesis en su cuerpo o sus ramas (fístula paraprotésica) o sobre la línea de sutura aórtica. También se cree que una infección indolente del injerto puede promover adherencias inflamatorias y ulterior erosión. Es una complicación poco frecuente y ocurre de meses a años después de la cirugía. Su curso natural es la defunción por hemorragia y/o sepsis, a menos que un rápido diagnóstico y un tratamiento quirúrgico adecuado eviten el fatal desenlace.

Existen diversas manifestaciones de la enfermedad que pueden retrasar su diagnóstico, sin embargo, es común el dolor abdominal y el sangrado digestivo acompañado o no de signos de inestabilidad hemodinámica.

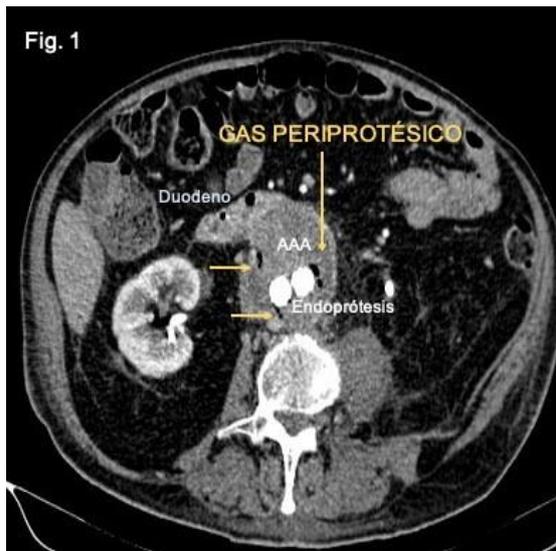
La técnica de imagen más empleada en el diagnóstico de la FAE es la TC abdominal con contraste i.v. por su mayor rapidez de adquisición, su elevada efectividad y su amplia disponibilidad. La mayoría de los hallazgos son inespecíficos, pudiendo estar presentes en otras patologías, por lo que el contexto clínico es fundamental para llegar al diagnóstico. Por lo tanto, la presencia de signos sugestivos en un paciente con antecedentes de cirugía aórtica y hemorragia digestiva debe hacernos considerar la posibilidad de fístula aortoentérica. La existencia de extravasación de contraste i.v. hacia la luz intestinal y la presencia de contraste oral en el espacio periaórtico son signos poco frecuentes, pero son patognomónicos de FAE. El diagnóstico diferencial incluye infección periprotésica sin fístula, cambios postquirúrgicos, fibrosis retroperitoneal y aneurisma infectado, entre otros.

No existe un consenso para el manejo de las FAE. Sin embargo, los pilares fundamentales son el control de la infección, la reparación vascular y reconstrucción entérica.

CONCLUSIÓN

-Las fístulas aortoentéricas secundarias a cirugía reconstructiva de la aorta abdominal son una causa infrecuente de hemorragia digestiva y presentan manifestaciones radiológicas que pueden solaparse con las observadas en otras patologías.

-Su alta tasa de mortalidad hace indispensable un diagnóstico precoz para evitar retrasos en el tratamiento, por lo que la sospecha clínica en pacientes con hemorragia digestiva y antecedentes de cirugía aórtica es de marcada importancia.



TC abdominopélvico con contraste i.v.: Fig.1. Corte axial: endoprótesis bifurcada con burbujas aéreas periprotésicas que se disponen a través de la tercera porción duodenal acompañado de pérdida del plano de separación aorto-duodenal. Fig. 2. Reconstrucción MIP sagital: endofuga o extravasación de contraste al saco aneurismático (cabeza de flecha). AAA: aneurisma aorta abdominal.

BIBLIOGRAFÍA

-Raman SP, Kamaya A., Federle M. Aortoenteric fistulas: spectrum of CT findings. *Abdom Imaging.* 2013; 38: 367-375. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00261-012-9873-7>

-Martínez E, Acín F, March JR. Reparación de las fístulas aortoentéricas secundarias. Revisión sistemática. *Cir Esp.* 2007;82(6):321-7. DOI: 10.1016/S0009-739X(07)71740-2.

-Sandoval MI, Huerta LD, Ramírez LR. Fístula aortoentérica como causa de sangrado gastrointestinal masivo: diagnóstico y tratamiento. *Cir Gen.* 2014;36(3):155-159.