

Caso	(446) Fistulas aortoentéricas, una complicación grave tras bypass
Autores	A. Aranaz Murillo, G. Oliveros Cartagena, A. M. Mazza Rapagna, J. López Mareca, M. Berdejo Alloza Y M. E. Guillén Subirán
Centro	Hospital Universitario Miguel Servet

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente intervenido con injerto aortobifemoral por aneurisma aórtico infrarrenal. Diagnosticado de diverticulitis aguda e infección periinjerto se decidió ingreso para tratamiento antibiótico. Durante el ingreso, presentó varios picos febriles y empeoramiento del estado general progresivo por lo que se solicitó angioTC urgente que evidenció los siguientes hallazgos:

Injerto aortobifemoral permeable y con comunicación con tercera porción duodenal en su pared anterior izquierda. Presencia de contenido líquido en el interior del injerto y ausencia de extravasado de contraste en la luz. Trabeculación inflamatoria de la grasa periaórtica y adenopatías retroperitoneales de aspecto igualmente inflamatorio.

Dado el empeoramiento analítico posterior que sugería sepsis y los hallazgos de la TC, se decidió cirugía urgente, a pesar de la cual persistió mala evolución clínica y posterior éxitus.

DISCUSIÓN

El paciente fue diagnosticado de fistula aortoentérica con implicación de la tercera porción duodenal.

Las fístulas aortoentéricas son potencialmente mortales y el manejo quirúrgico no está claramente establecido. Lo que está claro es que, sin una intervención quirúrgica inmediata, la mortalidad es elevada. Las fístulas aortoentéricas pueden ser primarias o secundarias.(1-3)

Las fístulas aortoentéricas primarias son raras y casi siempre se asocian a aneurisma aórtico preexistente, siendo una comunicación directa entre aorta e intestino sin cirugía o traumatismo previo.(1,2) La visualización de gas adyacente a la aorta es uno de los hallazgos más útiles.(1)

Las fístulas aortoentéricas secundarias son más frecuentes que las anteriores, aunque siguen siendo raras y ocurren como complicación de la cirugía aórtica, siendo la tercera y cuarta porción duodenal la región que más frecuentemente se ve afectada.(1,2) Los pacientes con fístulas aortoentéricas secundarias suelen presentar algún síntoma como sangrado intestinal, sepsis, dolor abdominal y/o menos frecuentemente una masa pulsátil.(1)

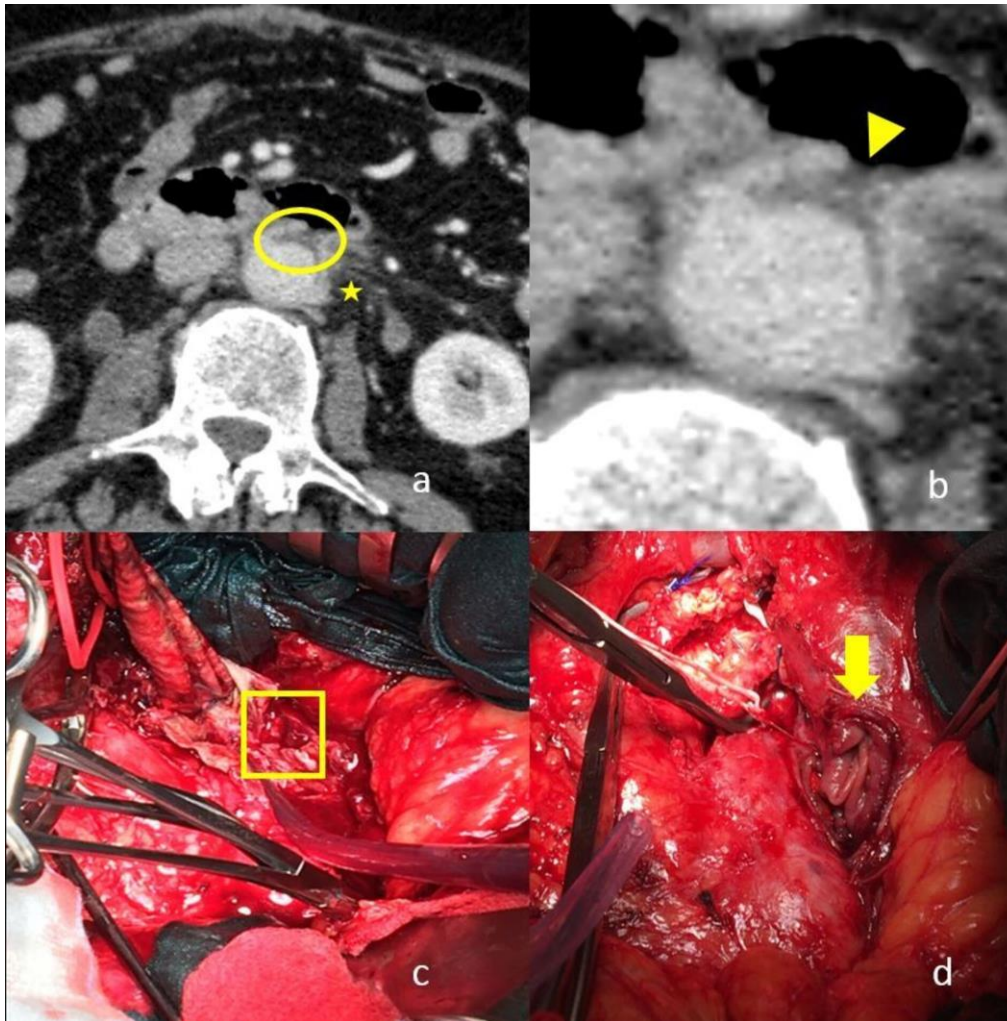
La infección periinjerto sin que exista fístula es el principal diagnóstico diferencial que se debe realizar, aunque a veces es imposible su diferenciación, ya que los hallazgos en la TC pueden ser superponibles en ambas entidades.(1) Los hallazgos específicos de fístula en TC incluyen: gas ectópico, engrosamiento focal de la pared

intestinal, ruptura de la pared aórtica y extravasación de material de contraste en la luz intestinal.(1,2)

Otros diagnósticos diferenciales que hay que tener en cuenta son la fibrosis retroperitoneal y los aneurismas micóticos, ya que ambos presentan un manejo diferente. La fibrosis retroperitoneal se manifiesta como tejido blando que envuelve a la aorta, vena cava inferior y/o vasos iliacos causando compresión vascular. A diferencia de la fístula aortoentérica, la fibrosis retroperitoneal no se asocia con gas ectópico periaórtico. Finalmente, en cuanto a los aneurismas micóticos son propensos a romperse y en TC suelen ser multiloculados, muestran estriación de tejido blando periaórtico y a veces asocian colecciones y/o gas adyacentes.(1)

CONCLUSIÓN

Las fístulas aortoentéricas son una patología con alta mortalidad y deben ser identificadas tan pronto como sea posible, pues el manejo quirúrgico adecuado es esencial. Algunas entidades pueden simular una fístula aortoentérica, entre ellas la infección periinjerto y los aneurismas micóticos. El realizar un adecuado diagnóstico diferencial resulta fundamental, siendo a veces casi imposible distinguir entre una infección periinjerto sin fístula y una verdadera fístula.



Imágenes a y b: cortes axiales con contraste yodado intravenoso en fase portal. Se visualiza reticulación de la grasa periaórtica (estrella) y fistula aortoentérica con orificio de comunicación entre pared aórtica anterior izquierda del injerto y luz duodenal (círculo), con presencia de líquido en el interior del injerto y ausencia de extravasación de contraste en la luz duodenal (punta de flecha), visualizado en la imagen b, ampliación del círculo de la imagen a. Imágenes c y d: imágenes cedidas por cortesía del servicio de cirugía vascular. En la imagen c se observa el orificio aórtico de la fistula y en la imagen d, el orificio en la tercera porción duodenal, todo ello en relación con fistula aortoduodenal (la más frecuente).

BIBLIOGRAFÍA

1. Vu QDM, Menias CO, Bhalla S, Peterson C, Wang LL, Balfe DM. Aortoenteric fistulas: CT features and potential mimics. Radiographics. 2009;29(1):197-209. Available from: <http://dx.doi.org/10.1148/rg.291075185>
2. Pickhardt PJ, Bhalla S, Balfe DM. Radiology Fistulas ; Classification, Etiologies, and Imaging. Radiology. 2002;224:9-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12091657>
3. Kakkos SK, Bicknell CD, Tsolakis IA, Bergqvist D. Editor's Choice - Management of Secondary Aorto-enteric and Other Abdominal Arterio-enteric Fistulas: A Review and Pooled Data Analysis. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2016;52(6):770-86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2016.09.014>